Mejorando la calidad de la atención a la salud materna de mujeres indígenas en Argentina, México y Perú

Gustavo Nigenda
Daniel Maceira
Clara Juárez Ramírez
Oswaldo Lazo Gonzales

SÍNTESIS EJECUTIVA, 2020

Universidad Autónoma del Estado de Morelos

Mejorando la calidad de la atención a la salud materna de mujeres indígenas en Argentina, México y Perú

Mejorando la calidad de la atención a la salud materna de mujeres indígenas en Argentina, México y Perú

SÍNTESIS EJECUTIVA

Gustavo Nigenda
Daniel Maceira
Clara Juárez Ramírez
Oswaldo Lazo

Universidad Autónoma del Estado de Morelos

México, 2020

Esta publicación fue financiada con recursos del International Development Research Centre (Canada). Número de Financiamiento: 107961-001

Mejorando la calidad de la atención a la salud materna de mujeres indígenas en Argentina, México y Perú: síntesis ejecutiva / Gustavo Nigenda, Daniel Maceira, Clara Juárez Ramírez, Oswaldo Lazo. Primera edición. México: Universidad Autónoma del Estado de Morelos, 2020.

103 páginas: ilustraciones

1. Servicios de salud materna – Argentina 2. Servicios de salud materna – México 3. Servicios de salud materna – Perú 4. Mujeres indígenas – Salud e higiene – América latina

LCC RG940 DC 362.1982

MEJORANDO LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN A LA SALUD MATERNA DE MUJERES INDÍGENAS EN ARGENTINA, MÉXICO Y PERÚ
Gustavo Nigenda, Daniel Maceira, Clara Juárez, Oswaldo Lazo (coordinadores)

Primera edición, agosto 2020

D.R. © 2020, Gustavo Nigenda, Daniel Maceira, Clara Juárez, Oswaldo Lazo

D.R. 2018 Universidad Autónoma del Estado de Morelos
Av. Universidad 1001
Col. Chamilpa, CP 62209
Cuernavaca, Morelos
publicaciones@uaem.mx
libros.uaem.mx

Edición, diseño y formación: Books and Chips, S.A de C.V.

Imagen de portada: Books and Chips, S.A de C.V.

ISBN ePUB: 978-607-8639-76-2
Hecho en México / Derechos reservados

Índice

Agradecimientos
Resumen
Introducción
Argentina
México
Perú
Recomendaciones de investigación y de política
Conclusión general de estudio
Declaración de responsabilidad
Referencias

Agradecimientos

Los autores desean expresar su mayor agradecimiento al Centro de Investigación Internacional para el Desarrollo de Canadá (IDRC) por el apoyo financiero ofrecido para el desarrollo del proyecto en los tres países y por la gestión del mismo durante el período de su ejecución. Especial mención para Chaitali Sinha cuyo seguimiento a la parte técnica del proyecto fue fundamental para el alcance de las metas.

Desde la Universidad Autónoma de Morelos (UAEM), México, se llevó a cabo la coordinación general del proyecto por lo cual queremos expresar nuestra gratitud al Dr. Gustavo Urquiza, Rector de la UAEM y el Dr. Mario Ordóñez, Secretario General. Dentro de la UAEM otras personas –académicos y administradores– fueron clave en el desarrollo del proyecto, particularmente la Dra. Marta Caballero y la Lic. Kareni Esquivel a quienes agradecemos de manera especial.

En Argentina, agradecemos el apoyo del Ministerio de Salud de la Provincia de Salta, particularmente a los secretarios de Salud Ricardo Carpio Domini y Francisco Marinaro, y a los líderes de los pueblos originarios de la provincia de Salta por su generosidad en compartir información y puntos de vista a lo largo de este proyecto. Nuestro particular agradecimiento a Elfi Jockers por su apoyo constante a esta iniciativa.

En México nuestro agradecimiento va a las autoridades de la Secretaría de Salud del Estado de Oaxaca y a la Secretaría de Salud del Estado de Chiapas por acceder a que los estudios se llevaran a cabo en sus áreas jurisdiccionales. En particular se agradece a los secretarios de Salud de los estados y encargados de los proyectos de redes de atención en los estados. En Chiapas, a Compañeros en Salud por su disposición a participar en el estudio y el apoyo logísitico recibido. Un agradecimiento especial a las poblaciones e informantes que participaron en el estudio en los dos estados.

En el Perú, queremos expresar nuestro agradecimiento a los directivos y funcionarios de la Dirección Regional de Salud de Junín, de

la Red de Salud de Satipo, MR de Puerto Ocopa, a las autoridades y funcionarios de la municipalidad distrital de Río Tambo, a los dirigentes de la Central Asháninka de Río Tambo y de las comunidades de Puerto Ocopa, San Miguel de Otica y Poyeni. Particularmente agradecemos a las lic. obstetras Karin Marcelo y Diana Zavaleta por su sacrificado trabajo en favor de la salud de las madres nativas de Puerto Ocopa y, de manera especial, a la lic. Abelina Ampiti, valiente y entregada líder asháninka de las comunidades del río Tambo.

Resumen

La atención sanitaria de comunidades originarias o indígenas[1] en América Latina continúa siendo limitada en la mayor parte de los países de la región. Las deficiencias que acusa dicha atención se encuentran asociadas tanto con el acceso físico a los servicios como con la oportunidad y la calidad de la misma. Este último factor resulta particularmente desafiante en la medida en que debe incorporar las diferentes pautas culturales existentes entre las prácticas de salud propias de estas poblaciones y la medicina científica occidental. Los retos que implica atender a las comunidades originarias/indígenas se exacerban cuando se trata de atención materna de calidad, la cual se relaciona con menores riesgos para la salud tanto de los infantes como de las madres y, sobre todo, con una reducción en la razón de mortalidad materna y perinatal.

Las poblaciones originarias/indígenas muestran los indicadores de salud materna e infantil más deficientes en todos los países de Latinoamérica. En este fenómeno influyen variables estructurales tales como la pobreza y la falta de integración económica de estas poblaciones históricamente excluidas y/o que –por derecho propio– han preferido mantener sus modos tradicionales de subsistencia. Asimismo, las variables epidemiológicas y el acceso a los servicios de salud colocan a los pueblos originarios en condiciones desiguales respecto a la población general. Específicamente, la razón de mortalidad materna de las poblaciones indígenas es superior a la razón del resto de la población.

Los elementos expuestos anteriormente llevaron a plantear la necesidad de abordar el estudio de la calidad de la atención materna, entendida como la capacidad de las unidades de salud, en su conjunto, para otorgar servicios que se apeguen a la normatividad vigente, que pongan en juego las capacidades del personal y que satisfagan a las poblaciones que los reciben. El estudio se concentró particularmente a lo largo del período comprendido por embarazo, parto y puerperio, con

foco en las poblaciones originarias/indígenas, a fin de identificar problemas y retos existentes para mejorar esta atención.

Tanto en Argentina como en Perú y México, los Ministerios de Salud han desarrollado experiencias para articular el funcionamiento de unidades de atención por regiones geográficas a través de redes de atención sanitaria, con miras a lograr objetivos de eficiencia, accesibilidad y calidad de la atención. Sin embargo, estos mecanismos de articulación –que podrían funcionar en poblaciones no originarias/ indígenas–, se ven claramente enfrentados a retos específicos cuando se atienden poblaciones vinculadas con estas culturas. Entre esos retos incluimos las formas de pensamiento y práctica que tienen los grupos originarios/indígenas, el grado de confianza que pueden tener a las instituciones de Gobierno y las brechas de comunicación asociadas con el manejo de la lengua y las diferencias en las pautas culturales, entre otros.

El proyecto ejecutó un estudio de caso para cada uno de los países sobre la base del objetivo común planteado en líneas anteriores. No obstante, cada país implementó la investigación de acuerdo con las condiciones particulares de las poblaciones a estudiar. Así, mientras que en Argentina y en México se utilizó una aproximación metodológica basada en la combinación de técnicas de recolección de información existente con el análisis de datos primarios, en Perú el estudio dio preferencia a un levantamiento cualitativo complementado con información secundaria derivada de informes del Gobierno.

Los resultados muestran elementos en común para los tres países y también otros hallazgos que representan particularidades para cada caso. Es posible identificar que la calidad de la atención puede clasificarse en externa e interna a las unidades de atención. Dentro del primer grupo, el acceso geográfico se constituye en una variable de calidad: las unidades tienden a habitar a grandes distancias de los núcleos poblacionales, representando un gran obstáculo para el acceso, particularmente en áreas con falta de transporte continuo. Ello involucra un alto costo para las poblaciones donde la geografía de la zona fuerza a los habitantes a desplazarse a través de medios poco comunes (lanchas) como en el Amazonas peruano.

Al interior de las unidades de salud la calidad está relacionada, primordialmente, con las dificultades para establecer una interacción respetuosa entre la población y el personal de salud, debido a la lengua y a las diferencias en las cosmovisiones de los grupos sobre elementos específicos como la reproducción, el embarazo y el parto. Este aspecto

está ligado a la complejidad de entrenar al personal desde una perspectiva intercultural y lograr que este entrenamiento facilite la interacción en el momento de la atención. Otro aspecto de la calidad interna es la falta de recursos e insumos para la producción de servicios, lo que es común en la mayoría de las unidades estudiadas y que interactúa con la limitada dotación de medicamentos y la escasez en servicios de laboratorio. De hecho, estas restricciones de recursos obligan frecuentemente a la población a comprar medicamentos o a solicitar pruebas de laboratorio en el sector privado.

Un elemento más a destacar es la operación de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS). Las Redes son un intento importante por articular recursos y garantizar la continuidad de la atención; sin embargo, las dificultades de lograr esta articulación entre instituciones o unidades son diversas, ya que cada una parece operar desde sus propias capacidades, estilos y mecanismos. Si bien parte de la integración supone la compensación de recursos y la complementariedad de actividades entre instituciones, su agregación no implica esta compensación cuando ambas carecen de los mismos recursos o cuando los espacios comunes de interacción son escasos o pobremente definidos.

Un aspecto no compensatorio es el desempeño del personal, ya que, si bien pueden contar con capacidades técnicas adecuadas, sus habilidades interculturales suelen ser deficientes. A esto se suma el hecho de que en Perú y en México algunos informantes relataron casos de violencia obstétrica tanto en la consulta prenatal como en el parto. De esta situación vale la pena rescatar que, en Chiapas, México, la RISS incluye una organización de la sociedad civil, que pone especial énfasis en el entrenamiento de su personal para lograr una sensibilización cultural claramente identificada por la población. Incluso en aquellos casos donde la red de atención se encuentra definida e institucionalizada de manera formal, con agentes sanitarios asociados a población objetivo y mecanismos protocolizados de referencia y contrarreferencia, la discrecionalidad en la gestión sanitaria sigue imperando. Tal como lo muestra el caso salteño en Argentina, a menudo la norma es superada por la discrecionalidad en la toma de decisiones, involucrando la calidad de atención. Incluso en tales ámbitos de organización de Redes, la falta de conocimiento sobre protocolos de atención a población originaria y la escasa capacidad de interactuar en el mismo idioma aumentan la brecha de acceso de la población originaria/indígena más allá de su condición de pobreza.

Podemos concluir que invertir en reforzar e integrar las RISS es condición para la cobertura con calidad. Sin duda la escasez de recursos con las que trabajan las unidades que atienden a poblaciones indígenas hace aún más necesaria tal integración. Sin embargo, ésta debe lograr compensar las deficiencias de cada institución o unidad reduciendo tiempos de espera, evitando regresos innecesarios desde las comunidades y reforzando el entrenamiento del personal en contenidos de interculturalidad.

Finalmente, es importante continuar el estudio y evaluación de los procesos de implementación y mejora de las redes, su desempeño y los efectos sobre la calidad de la atención estableciendo parámetros clave de incidencia para el cambio de políticas, ante todo en términos de recursos humanos y dotación de insumos básicos para el funcionamiento de la red.

1 En Argentina se utiliza el término “pueblos originarios”, mientras que en México y Perú se utiliza el término “pueblos indígenas”. En este documento ambos términos se emplean de manera equivalente respetando la acepción que en cada país se le da.

Introducción

La atención a la salud de los pueblos originarios ha representado históricamente un desafío para América Latina. En esta región, dichos pueblos están caracterizados por condiciones de exclusión y pobreza crónica producto de una inserción desigual a la estructura social y económica de los países. Todos los países que comprenden este espacio tienen estos grupos de población, y en Bolivia y Guatemala representan alrededor del 90% del total. México y Perú incluyen los contingentes más grandes de población indígena en números reales (Banco Mundial, 2015).

En casi todos los países de la región los gobiernos han financiado e implementado políticas públicas para mejorar las condiciones de vida, salud y educación, pero son contados en aquellos donde estas políticas han logrado sus objetivos. Un aspecto al que se le ha dado especial énfasis ha sido a la reducción de la mortalidad materna, que es uno de los indicadores de los originales Objetivos de Desarrollo del Milenio. En la evaluación de 2015 del alcance de los Objetivos se observó que la reducción de la mortalidad materna representó un reto demasiado complicado para muchos países y que eran las poblaciones originarias o indígenas aquellas en las que el reto había presentado mayores complicaciones.

Es importante resaltar que los sistemas de salud, encargados directamente de lograr la meta, pusieron en marcha diversas estrategias. Una de ellas fue la creación de las RISS considerando que una de las grandes restricciones de los sistemas de salud regionales continúa siendo su segmentación estructural. El planteamiento básico era combinar los recursos y capacidades de diversas unidades de atención, así como de instituciones, con el fin de servir a lo largo de embarazo, parto y puerperio e incorporar también el componente de calidad. Las experiencias sobre la operación de las RISS son diversas, pero su evaluación ha sido restringida (OPS, 2010).

La creación y operación de las RISS implica retos importantes. En

general las instituciones desarrollan mecanismos individuales de gestión que incluyen la definición de las prácticas clínicas, algoritmos de atención y protocolos de referencia. A esto debe sumarse el uso específico de cierto tipo de insumos como equipo, medicamentos y personal de salud. Estos insumos generan costos de producción y calidad de atención diferenciales. Estas diferencias, a su vez, deben considerarse al momento de constituir una red, ya que es recomendable, para efectos de sustentabilidad integral, el logro de un equilibrio en la dotación de recursos tanto en el caso de redes de unidades dentro de una misma institución como cuando se trata de distintas instituciones (seguridad social vs. sistema público vs. privado). Además se debe considerar que las redes deben operar, de preferencia, sobre la base de acuerdos formales para deslindar responsabilidades en caso necesario y generar mecanismos de contratación o acuerdos donde se definan las poblaciones a cubrir, los servicios a otorgar, los costos de los servicios, los niveles de calidad óptimos y las mejoras en la salud de las poblaciones beneficiarias.

En América Latina, para 2010, aproximadamente 42 millones de personas se identifican con origen indígena (aproximadamente, el 7.8% de la población total de la región). Esta población se engloba en 522 grupos etnolingüísticos. Se estima que, en total, se hablan 560 lenguas indígenas u originales, de las cuales se localizan 30 en Argentina, 67 en México y 47 en Perú. Los grupos de población indígena presentan los peores indicadores de empleo, educación y salud en la región. A esto se suman diferencias importantes de género, por ejemplo, en el acceso a educación entre hombres y mujeres indígenas (Banco Mundial, 2015).

En relación con la salud materna y perinatal,[2] las mujeres indígenas tienen tres veces mayor riesgo de morir durante el parto (CDI, 2010), menor cobertura de seguridad social en salud; utilizan menos los recursos de atención ambulatorios; menos la atención hospitalaria para atenderse el parto y se realizan menos pruebas diagnósticas en comparación con las mujeres no indígenas (Leyva *et al*. 2013).

Estos indicadores negativos se vinculan con la desigualdad social que caracteriza a los países Latinoamericanos, lo cual se explica parcialmente a partir del proceso de determinación social que incluye los aspectos organizacionales del sistema de salud (Juárez *et al.* 2014). La evidencia señala que las mujeres indígenas tienen dificultades para acceder oportunamente a la atención del parto en las instituciones proveedoras de servicios de salud, lo cual es causante de complicaciones obstétricas que pueden derivar en muertes maternas.

Esto es una expresión de inequidad en salud, por ello la Organización de las Naciones Unidas (ONU) ha propuesto, a nivel internacional, reconocer la necesidad de mejorar la atención obstétrica, con la intención de reducir la mortalidad materna indicador que además se plantea como una meta de salud de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

La evidencia sostiene que la mayoría de los procesos hospitalarios vinculados a la mortalidad materna pueden preverse con una mejor planeación de la provisión de servicios de salud y capacitación de los recursos humanos (Freyermuth, G. y Sesia, P., 2009).

Estudio de los tres países. Elementos de comparación

El objetivo común de los estudios fue el de desarrollar un análisis de la calidad de la oferta de servicios de atención materna a poblaciones indígenas en el contexto de las RISS. En cada uno de los tres países se eligieron poblaciones indígenas que fueran atendidas por una RISS claramente estructurada, a fin de establecer elementos de comparación entre los casos. En Argentina se identificó una RISS en la provincia de Salta, con atención integral a la población, que incluía al conjunto de pueblos originarios. En México, en el estado de Oaxaca, se han estructurado RISS con participación activa del Gobierno del estado y en Chiapas, con participación de una organización de la sociedad civil en colaboración con el Gobierno estatal. En Perú se escogió la provincia de Satipo, con la presencia de una microrred de servicios públicos.

Los casos señalados no se consideran comparables en sentido estricto, dada la diversidad de los grupos poblacionales y de las RISS, que son distintas entre ellas, incluidas las dos de México. No obstante, en el estudio se planteó la posibilidad de identificar patrones de comportamiento de las RISS en relación con las poblaciones indígenas atendidas, particularmente en la prestación de servicios para la salud materna. El estudio incluyó levantamientos de información en tres países: Argentina, México y Perú. En cada uno de ellos se diseñó la estrategia de campo de acuerdo con las características de dispersión de las poblaciones, así como con las características de las unidades de prestación de servicios. Argentina y México lograron obtener las condiciones para recolectar encuestas a usuarias y prestadores de servicios de salud y además llevar a cabo entrevistas cualitativas con informantes clave. En Perú esto no fue posible debido a la enorme

dispersión de población en el área geográfica seleccionada, por lo que el estudio se basó en entrevistas cualitativas y en análisis de información secundaria. Sin embargo, como se observa en los apartados de resultados y discusión, los avances y aspectos problemáticos para lograr atención de calidad en el contexto de las RISS son similares y, en realidad, dependen más de las características específicas de los fenómenos estudiados en cada sitio que de la aplicación homogénea de metodologías.

Tabla 1. Objetivos específicos, poblaciones, métodos y principales resultados en cada país

País	Objetivo específico	Poblaciones	Métodos	Resultados
Argentina	Estudiar la calidad de la atención materna brindada por la red pública en tres departamentos de la Provincia de Salta	Guaraní, wichí, tapete, toba, chorote y kolla en la provincia de Salta	Mixto: levantamiento y análisis de encuestas y entrevistas cualitativas	El análisis refleja la diversidad de facetas posibles en la atención: desde barreras culturales que reducen la efectividad de la consulta hasta grandes distancias para llegar a una unidad de salud. Se muestran bolsones de discriminación y carencia de un verdadero espacio intercultural en el sistema público que combine una visión más abarcadora e inclusiva
México	Analizar los elementos organizacionales de las RISS para promover la calidad de la atención a la salud materna y perinatal y la percepción de las mujeres indígenas en Oaxaca y Chiapas	Mixtecos (Oaxaca) y mestizos/mam (Chiapas)	Mixto: levantamiento y análisis de encuestas y entrevistas cualitativas	A pesar de la existencia de rezagos en la accesibilidad, la calidad percibida y la existencia de discriminación en los dos estados, el involucramiento de una OSC en la red ha permitido promover prácticas dirigidas a mejorar la calidad a través del apoyo en transportación, la dotación de medicamentos en las unidades y la capacitación del personal de salud con énfasis en el respeto a los derechos de las

				usuarias
Perú	Analizar aspectos relacionados al acceso y la calidad de la atención materna en la MR Puerto Ocopa, Red de Salud de Satipo	Pueblo asháninca, provincia de Satipo, departamento de Junín	Mixto: entrevistas cualitativas y análisis de información secundaria	La evaluación concluye que la atención de la salud materna muestra: Bajos niveles de seguridad y no ha implementado un sistema de gestión del riesgo. Vulnerabilidades en la dimensión técnica de la calidad de la atención. Niveles aceptables respecto a la atención centrada en el paciente. Importantes problemas en el acceso y cobertura a la atención.

Fuente: Información de los estudios por país.

A continuación se exponen los aspectos contextuales, los métodos específicos y los principales resultados de cada país estudiado.

2 Entendiendo por ello todos los aspectos de salud de la mujer relacionados con el binomio madre-hijo, desde el embarazo, el parto y el posparto (OMS, 2015).

Argentina[1]

Introducción

El acceso, la cantidad de prestaciones y la calidad de los servicios de salud provistos a la población vulnerable son aspectos clave en cualquier sistema de salud. Si bien en las últimas décadas los/as tomadores/as de decisión en política sanitaria de los países de medianos y bajos ingresos han realizado esfuerzos tendientes a incrementar la disponibilidad de establecimientos de salud y la cantidad de prestaciones ofrecidas a su población a cargo, la evidencia parece sugerir que son los servicios de calidad, en términos de oportunidad e integralidad, los que podrían generar cambios significativos en los estándares de vida y los resultados de salud de la población desaventajada (World Bank, 2005).

Conceptualmente, las redes de atención de la salud determinan los mecanismos de coordinación y cooperación entre los diferentes niveles de cuidado, posibilitando el uso eficiente de los recursos sanitarios, promoviendo modos sistemáticos de identificación y atención de necesidades, definiendo reglas de referencia y contrarreferencia en el tratamiento de pacientes e implementando políticas de promoción de la salud. En el contexto de sistemas sanitarios segmentados como los presentes en la mayoría de los países de la región latinoamericana, el funcionamiento de redes gestionadas bajo estas consignas en la esfera del sector público constituye una contribución al incremento de la calidad prestacional y a la equidad del sistema en su conjunto, en tanto orienta eficazmente los recursos disponibles para optimizar el cuidado de aquellos/as con mayor necesidad de protección financiera y sanitaria.

Dentro de este segmento, la cobertura de la población originaria resulta un espacio donde se conjugan diversas barreras de acceso no sólo financiero y geográfico, sino también cultural. Falta de integración económica, desplazamiento territorial y desencuentro idiomático y de

costumbres –que lleva a prejuicios y aislamiento– son los elementos que desafían al sistema sanitario al momento de construir espacios de integración en el cuidado de la salud.

Esta sección propone avanzar en el estudio de la calidad de atención brindada por la red pública de cuidado a la población originaria de tres departamentos de la provincia de Salta, situada al noroeste del territorio argentino, y uno de los distritos donde estos grupos cuentan con mayor representatividad de conjunto.

Antecedentes de calidad de atención y redes sanitarias

La identificación, medición y evaluación de la calidad de la atención de la salud admite numerosos abordajes dependiendo en buena medida del punto de observación dentro del sistema de salud, sus percepciones y exigencias, la información disponible para su definición y medición, etc.; siendo todos estos abordajes posibles y legítimos. En este sentido, Donabedian (1988) establece la existencia de diferentes niveles en el análisis de la calidad de la atención.

En un nivel central se encuentra el cuidado brindado por los/las profesionales de la salud a los/las usuarios/as (evaluando aspectos como el conocimiento técnico, el trato interpersonal, etc.). El segundo nivel se asocia a ciertas características del cuidado de la salud en el establecimiento, representadas por la privacidad, comodidad, tranquilidad, entre otros aspectos deseables. En un tercer nivel, externo al "modelo de atención", se encuentra el comportamiento de los/las usuarios/as y sus familias, que se sugiere corresponsable al de los prestadores en lo referido al cuidado de la salud. Un último nivel de análisis se refiere a la calidad de la atención de la salud desde la perspectiva de la comunidad, en donde el acceso a los servicios de cuidado adecuados y oportunos bajo la mirada de la gestión de la salud, en un marco de equidad social, cumple un rol clave.

Es a partir de estas consideraciones que, en la práctica, la calidad de los servicios de salud es identificada y medida a partir de los "procesos" de la atención de la salud centrándose en la interacción médico/a-paciente. Aunque esta aproximación a la calidad de atención asume una relación directa entre estructura, procesos y resultados sanitarios, se presenta necesario para el investigador establecer los lineamientos y los mecanismos a través de los cuales operan las partes (Palmer y Reilly, 1979; Donabedian, 2005).

La Argentina, a pesar de encontrarse entre los países de mayor ingreso per cápita de la región latinoamericana, y contar con un relativamente elevado nivel de gasto en salud, expresado como porcentaje de su Producto Bruto Interno, no exhibe resultados sanitarios acordes con ese panorama. Por caso, la tasa de mortalidad infantil resulta ser superior a las de otros países de Latinoamérica con menores recursos destinados al sector salud, lo que sugiere dirigir la atención a los modos en que esos recursos son invertidos y a la calidad de la gestión de tales recursos. Ello desafía la mirada de la "estructura" del cuidado de la salud y plantea la necesidad de avanzar en una agenda de investigación local en donde los "procesos" de atención, en particular los vinculados con la estructura organizativa y de gestión del sistema de Salud y los mecanismos de aseguramiento y pago, sean elementos centrales del análisis (Maceira, 2010).

Los estudios que buscan identificar y medir la calidad de los servicios de salud a nivel local han estado centrados en la atención de la salud perinatal en un contexto de sistema público de salud vinculando, directa o indirectamente, esta calidad de atención a la gestión y articulación de los diferentes niveles de complejidad de la red de cuidados y a los mecanismos de financiación o pago tanto a establecimientos como a profesionales de la salud en cuanto modos de alinear intereses entre las partes involucradas.

Como fuera mencionado, las redes de atención de la salud determinan los mecanismos de coordinación y cooperación entre los diferentes ámbitos de atención, pero la evidencia a nivel local sugiere que la descentralización de la salud en los niveles provincial y municipal atenta contra el funcionamiento de la red, lo cual se refleja en la falta de normativa y acuerdos vinculantes entre actores sanitarios y en la ausencia de seguimiento y evaluación en la toma de las decisiones (Maceira y Palacios, 2012).

Encuestas estructuradas y entrevistas en profundidad realizadas al personal de la salud de las áreas de obstetricia y neonatología en hospitales públicos de provincia de Buenos Aires (Maceira y Palacios, 2012) y Salta (Maceira, Palacios y Urrutia, 2014) sugieren que el personal se encuentra muy satisfecho con su labor en el hospital y expresa su sentimiento de pertenencia al mismo, aunque está disconforme con el equipamiento e insumos disponibles, como también con el trato de sus superiores jerárquicos. Asimismo, se observan fuertes limitaciones en la comunicación con el primer nivel de atención en el tratamiento y seguimiento de pacientes, con repercusiones en la

oportunidad e integralidad del cuidado.

Por otra parte, la opinión de pacientes en consultorios y guardia del hospital revela que acuden de manera espontánea y, además, “saltando” los iniciales niveles de atención en la red, esto es, los Centros de Atención Primaria (CAP) (Maceira, Melamud y Palacios, 2014). Este comportamiento obedece a múltiples razones, entre las que se destacan la falta de acceso a establecimientos de atención primaria de buena calidad, la carencia de profesionales capacitados para tratar determinadas problemáticas de salud y la baja calidad de atención (real y/o percibida).

El resultado de lo anterior es la saturación de los servicios en el hospital de mayor complejidad de la red, el cual termina brindando cuidados a pacientes con casos de baja complejidad, retrasando el diagnóstico y el tratamiento a pacientes que sí requieren de cuidados específicos.

Estas particularidades del sistema sanitario se potencian en la medida en que la estructura formal de la red da lugar a espacios informales de comportamiento: derivaciones fuera de protocolo, contactos individuales entre servicios y médicos de diferentes niveles; reduce la eficiencia logística de los recursos públicos invertidos en el sector, a la vez que afecta la calidad resolutiva del sistema en su conjunto.

Estos temas cobran particular importancia en el abordaje de la salud de los pueblos originarios en tanto a las barreras de acceso físico y financiero tradicionales debe agregarse barreras culturales y de lenguaje que desafían la normativa “criolla” y requieren de un marco multidisciplinario y multicultural. El conocimiento de las instituciones de los distintos pueblos originarios, los modos de relacionarse con la salud y la enfermedad, y los espacios de comunicación entre ellas y el sistema de salud occidental brindarán información sobre los mecanismos más convenientes para ofrecer una cobertura consensuada que reconozca el saber originario dentro de un marco de respeto a la diversidad.

Metodología

A fin de poder llevar a cabo este emprendimiento, se desarrolló una propuesta de investigación que incluyó una variedad de instrumentos cualitativos y cuantitativos a lo largo de la red perinatal de la

provincia. Tales instrumentos fueron implementados luego de la aprobación del proyecto por parte del comité de ética ministerial, así como por la recepción del aval de los jefes de las poblaciones originarias de Salta.

Dentro de la provincia se tomaron tres áreas geográficas donde residen pueblos originarios de diferentes nacionalidades. Ellos son los departamentos de Iruya, Tartagal y Orán, donde operan hospitales regionales de cabecera. Estos establecimientos brindan acceso a la población mediante consultas directas o por derivación de los CAP distribuidos a lo largo de la provincia. Por su parte, una red de agentes sanitarios –dependientes de cada centro– generan rondas de visitas en las áreas de influencia de cada uno facilitando la identificación de necesidades como parte de un modelo integrado de atención de la salud.

Figura 1. Hospital provincial de Tratagal

Foto tomada por el equipo de investigación.

Por su parte, el hospital materno-infantil ubicado en Salta capital se constituye en el vértice de la cadena de derivaciones al interior de la red; a él acuden tanto pacientes particulares de la zona geográfica provincial como referencias de otras instituciones públicas provinciales.

Cabe mencionar que el estudio se benefició con la información provista por el Sistema de Información Perinatal (SIP) de los cuatro hospitales públicos mencionados, como también de la base administrativa de diez rondas sanitarias en los quince departamentos de las áreas de influencia de estos hospitales entre 2014 y 2018.

El SIP brinda información referida a cada parto ocurrido institucionalmente en cada hospital, la historia personal y sanitaria de la madre y del embarazo (controles prenatales, recepción de vitaminas y hierro, etc.), episodios de nacimientos y abortos e indicadores

generales del parto tales como peso, perímetro encefálico, prematurez, etc. De manera complementaria, las rondas sanitarias sistematizan la información de cada agente sanitario en su área de acción identificando indicadores demográficos y epidemiológicos, eventos asociados con enfermedades transmisibles y no transmisibles, recepción de planes sociales, vacunas y controles sanitarios, condiciones de la vivienda, entre otros.

Figura 2. Hospital Provincial de Orán

Foto tomada por el equipo de investigación.

En paralelo, y como parte del proyecto, se diseñaron e implementaron cuestionarios de opción múltiple a 519 madres originarias y criollas en la consulta del CAP, como también a 178 recursos humanos del sistema (médicos/as, enfermeros/as, agentes sanitarios, etc.) ubicados en los mismos veinte centros de salud visitados.

Revisión de literatura nacional e internacional en temáticas de redes, calidad de atención y pueblos originarios, así como de normativa nacional y provincial sobre estos aspectos completaron la estrategia de investigación.

Finalmente, la mirada cualitativa incorporó dos mapeos de actores. Uno de ellos, con quince referentes de la red sanitaria provincial, desde el secretario de Salud hasta los directores de hospitales involucrados, pasando por directivos y coordinadores de programas vinculados con la salud materno-infantil, del Ministerio de Asuntos Indígenas y del Ministerio de Primera Infancia.

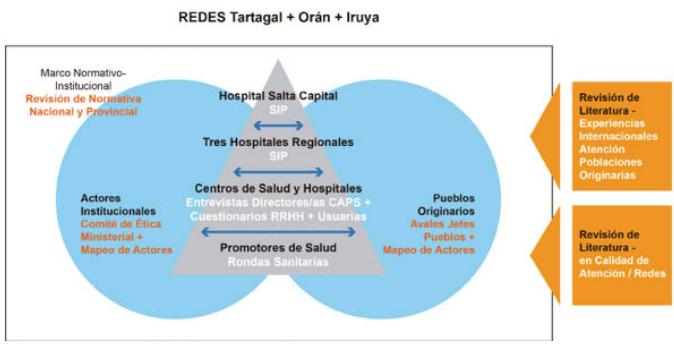
En paralelo, se consideraron las miradas de un conjunto de más de veinte líderes originarios provinciales. Los referentes originarios corresponden al Instituto Provincial de los Pueblos Indígenas de Salta

(IPPIS), las comunidades indígenas kollas del departamento de Iruya, el Consejo Indígena Kolla de Iruya-QULLAMARKA, las organizaciones de caciques wichi de Ruta 86 y 34, del Pueblo Iogys; de caciques del pueblo weenhayeck; del pueblo chorote; de la Agrupación de Comunidades Indígenas del Departamento San Martín; de la Organización Chane-Guaraní; de la Unión de los Pueblos de la Nación Diaguita Salta U.P.N.D.S.; del Consejo del Pueblo Tastil; de la Red de Comunidades del Pueblo Atacama; de la Comunidad Finca Las Costas-Pueblo Lules; de la organización Ñemboati Guasu Tata Ogue Mbae; pueblo guaraní, Orán; de la Federación Guaraní de Oran; de las comunidades del pueblo guaraní en Orán; de la comunidad guaraní Tapé Iguopeigenda Río Blanco Banda Sur de Orán; de la Asociación Kolla Tinkunaku, también de Orán; del Consejo de Participación Indígena-Pueblo Kolla; de la Federación Wichi Cuenca del Río Bermejo, y de la Comunidad Guaraní La Loma, Hipólito Irigoyen de Orán.

Red sanitaria Salta

El Ministerio de Salud de la Provincia de Salta cuenta con seis Secretarías: Adicciones, Salud Mental, Nutrición y Alimentación Saludable, Servicios de Salud, Planeamiento y Relaciones con la Comunidad y Gestión Administrativa.

Figura 3. Marco metodológico



Fuente: Elaborado por el equipo de investigación del proyecto.

Dentro de la Secretaría de Servicios de Salud existen dos Subsecretarías: Gestión de Salud y Medicina Social. De esta última se desprenden dos Direcciones: la Dirección Materno-Infanto Juvenil y la Dirección de Atención Primaria en Salud (APS), que contiene a los

programas de APS, tuberculosis, relaciones interculturales y de inmunizaciones. La Subsecretaría de Gestión de Salud se encuentra a cargo de los efectores públicos de salud de la provincia.

Al momento de iniciar este proyecto, la provincia se encontraba dividida en cuatro zonas sanitarias: Centro, Norte, Sur y Oeste, con 53 Áreas Operativas, 52 hospitales, 133 centros de salud, 241 puestos sanitarios y 114 puestos fijos.

El Área Operativa es la unidad técnica y administrativa para la programación, ejecución y evaluación de las actividades de atención de la salud y enfermedad, como así también del medio ambiente (Ley N.° 6277-1984).

Cada Área Operativa dispone de un servicio de salud cabecera, el de mayor nivel de atención, a los que se suman servicios dependientes del primer nivel: centros de salud, puestos sanitarios y puestos fijos. Asimismo, ejecuta un Programa de Extensión de Cobertura, con agentes sanitarios, los que mediante visita domiciliaria realizan actividades de promoción, prevención, recuperación de la salud y rehabilitación.

Dentro de la Estrategia de APS, el papel del agente sanitario como nueva figura medular de desarrollo comienza en la región con la capacitación de los primeros 30 agentes en el año 1966. Desde sus orígenes la figura del agente sanitario es perfilada como un miembro de la comunidad, en la cual realiza su labor, conocedor de las características sociales, productivas, culturales, geográficas de la misma, siendo el nexo entre la comunidad y el sistema de salud.

Este perfil da cuenta, por un lado, de la posibilidad de que el modelo de atención oficial sea adecuado a la realidad sociocultural de la población, pero también de la posibilidad de "penetrar" desde el sistema en la vida cotidiana de la población produciendo cambios y "buenos hábitos" en un rol con énfasis en el control y la disciplina sanitaria.

En diciembre de 1995 se promulgó el Decreto N.º 56 convertido en Ley N ° 6833 al año siguiente, el cual estableció las nuevas relaciones Estado-sociedad civil: las políticas sanitarias debían realizarse mediante procesos de regionalización, descentralización, programación local y autogestión.

En el mismo momento, se crea la Ley Provincial de Salud, cuyo desarrollo principal se basa en el gerenciamiento y los hospitales de autogestión y busca transformar las condiciones de salud de la población a partir de la articulación de los recursos y servicios de las instituciones públicas, de la seguridad social y del subsector privado. La

asistencia sanitaria se funda en un sistema de redes de servicios de salud centradas en los hospitales de autogestión.

A partir de la descentralización del sistema sanitario nacional de la década de 1990, los gobiernos provinciales debieron hacerse cargo de nuevas responsabilidades y administrar un aparato institucional mucho más extenso.

En este marco se crea el Plan Nacer, financiado a través de un préstamo del Banco Mundial. El mismo es un programa federal del Ministerio de Salud de la Nación que invierte recursos en salud para mejorar la cobertura y la calidad de atención de las mujeres embarazadas, puérperas y de los/as niños/as menores de seis años que no tienen cobertura de la seguridad social y acuden al sistema público como fuente única de atención. Se inició en el año 2005 en las provincias del NEA y NOA y en 2007 se extendió a todo el país (http://www.plannacer.msal.gov.ar), para convertirse en el Programa Sumar en 2012.

El Plan Nacer introduce un innovador modelo de gestión en las políticas públicas al poner en marcha un esquema de financiamiento basado en resultados, a través del cual la nación transfiere recursos a las provincias por la inscripción de beneficiarios y el cumplimiento de resultados sanitarios.

También en 2012 se crea en la provincia el Ministerio de la Primera Infancia, cuyo fin es "entender en la adopción de políticas tendientes al cuidado integral de la mujer embarazada, extendiendo el modelo de maternidad segura y centrada en la familia".

Finalmente, la iniciativa de Maternidades Seguras Centradas en la Familia (MSCF) incorporó nuevos aportes, entre ellos un enfoque intercultural. Este enfoque considera los aspectos sociales y culturales particulares que se manifiestan en las maternidades y servicios de salud perinatal en contextos multiculturales.

La adopción de un enfoque intercultural en el marco de la iniciativa MSCF requiere incorporar a las comunidades indígenas a través de la consulta a sus representantes según sus propios mecanismos deliberativos incluyendo a las madres en esos procesos. La guía de UNICEF refiere que un servicio de salud amigable significa, entre otras cosas, que el equipo de salud de la maternidad comprenda y respete la cultura y cosmovisión de las madres y familias indígenas, sus creencias respecto de la maternidad, el parto y puerperio, la salud y enfermedad, la vida y la muerte (UNICEF, 2012).

Figura 4. Hospital de Cabecera, Ramón Carrillo, Iruya

Foto tomada por el equipo de investigación.

Pueblos originarios en Argentina y en la provincia de Salta

“La cuestión de la propiedad y explotación de la tierra representa un problema de primera magnitud para los grupos originarios, ya que la tierra es parte central de la vida, de la cultura y de la historia, y a su vez determinante de la supervivencia de los pueblos y naciones indígenas, como también de sus niveles de vida, salud y nutrición. Si a esto se añade la falta de auténtica participación política, que impide que se considere a estos pueblos como actores sociales y protagonistas dentro de las propuestas de desarrollo de los países, tenemos ya un cuadro más completo de los factores que provocan las condiciones reales de pobreza y las consecuencias sobre la salud de esta población” (Ceballos, R. y Amores, R., 2009).

La Constitución de la República Argentina reconoce al pueblo originario como un sujeto colectivo (no individual) que detenta derechos especiales. Todas las personas que pertenecen a un pueblo originario tienen los mismos derechos civiles y ciudadanos que el resto de la sociedad argentina, pero asimismo poseen un marco de derecho indígena que emana del derecho consuetudinario (propio) de cada pueblo, el cual es de incidencia colectiva.

En su reforma de 1994, la Constitución de la República Argentina incorporó el reconocimiento de derechos a los pueblos indígenas argentinos en cuanto a su preexistencia étnica y cultural en el artículo 75, inciso 17, y la pluralidad cultural del país, en el inciso 19 del mismo artículo.

Por su parte, la provincia de Salta reconoce la preexistencia étnica y

cultural de los pueblos indígenas que residen en su territorio. Ello incluye la capacidad de obtener la personería jurídica y la legitimación para actuar en las instancias administrativas y judiciales de acuerdo con lo que establezca la ley. Reconoce y garantiza el respeto a su identidad, el derecho a una educación bilingüe e intercultural, la posesión y propiedad de las tierras fiscales que tradicionalmente ocupan y regula la entrega de otras tierras aptas y suficientes para el desarrollo humano: ninguna de ellas será enajenable, transmisible ni susceptible de gravámenes ni embargos.

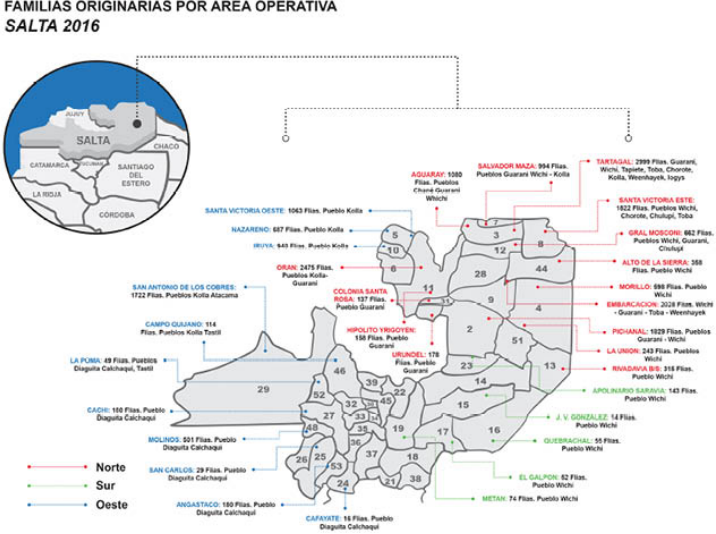
En Argentina habitan más de 38 pueblos-naciones originarios. Cada pueblo está organizado política y territorialmente de acuerdo con su propia cosmovisión. Tienen sus autoridades tradicionales, sus propias instituciones políticas, sociales, económicas jurídicas y administrativas, idioma, arte y conocimientos tradicionales. Sus mayores les enseñaron a vivir con base en los valores de la reciprocidad, el respeto, la complementariedad y en equilibrio con todos los seres de la naturaleza con los que coexistimos.

En Salta habita la mayor cantidad de pueblos originarios y la mayor diversidad; entre otros: los pueblos- naciones q'om (Toba), kolla, guaraní, wichi, diaguita, chulupí, chorote, chané, tapiete, lule, iogys, atacama, weenhayek y tastil.

El pueblo kolla, de origen andino, se encuentra presente en la zona oeste de la provincia, departamento de Iruya, en un total de 940 familias. Paralelamente, el departamento de Orán exhibe la multietnia guaraní-kolla-wichi, que suma 2,475 familias. En la zona nordeste, se encuentra Tartagal, donde habitan 2,999 familias originarias, pertenecientes a las etnias guaraní, wichi, tapiete, toba, chorote y kolla (en menor proporción).

La localización geográfica de los espacios territoriales donde habita cada uno de los pueblos originarios residentes en la provincia se observa en el siguiente mapa.

Figura 5. Área geográfica del estudio. Argentina



Fuente: Elaborado por el equipo de investigación del proyecto.

Resultados

La mirada del equipo de salud reconoce, por una parte, el desafío asociado con el mantenimiento y la necesidad de articulación al interior de las redes sanitarias, y por el otro, expresa un esfuerzo en identificar mecanismos de alineamiento entre las redes formales de salud y las necesidades de la población originaria en temáticas materno-infantiles.

> Lo que uno veía dentro del equipo de salud, tanto en capital como en el interior, era que existían en general un gran sentido de pertenencia y responsabilidad del personal más allá de las limitaciones que se percibían. El vínculo con sus superiores era bueno, aunque se identificaba mayor necesidad de seguimiento (Referente Secretaría de Salud Provincial).
>
> Los avances en torno a la ley, la generación de grupos en Orán, Tartagal y Embarcación, algunas intervenciones puntuales en Áreas Operativas, la Red en Capital que ha ido instalando avances en los derechos como el albergue, los facilitadores en capital (Referente Salud Intercultural).

Como parte del desarrollo de espacios de articulación entre los saberes criollos y originarios, se explicita la importancia de conocer el contexto socioeconómico que influye en los patrones de conducta, más allá de las diferencias culturales:

> Sobre eso había que trabajar, no solamente sobre la mujer aborigen embarazada. Había que trabajar sobre una comunidad desprotegida, vulnerable, en un lugar inhóspito, con dificultades en la comunicación, donde la mujer habla poco, y habla cuando tiene un rango social que se lo permita (Referente Secretaría de Salud Provincial).
>
> Uno de los desafíos es la construcción de una red para la atención perinatal teniendo en cuenta una visión integral y respetuosa de la diversidad cultural. Para esto se necesitaría contar con facilitadores que colaboren como soporte y nexo entre las familias originarias y el sistema de salud (Referente Plan Nacer-Sumar).

Asimismo, la interacción entre diferentes modelos de atención genera opiniones encontradas. Por una parte, surge la necesidad de considerar los mecanismos de aproximación entre ellos y evaluar el aprendizaje de tal acercamiento durante los últimos años. Por el otro, se reconoce la presencia de profundas fallas de articulación no abordadas y/o no resueltas:

> Para mejorar el sistema de red perinatal se necesita considerarlas (a las usuarias de las comunidades originarias), escucharlas, evaluar las dificultades en base a lo experimentado en los últimos cinco años donde ya hay un camino iniciado, evaluar cómo nos fue con este proceso de regionalización. Creo que nos merecemos evaluar los resultados después de años detrás de regionalización (Referente Secretaría de Medicina Social).
>
> Encontramos resistencias de las comunidades. No hablemos únicamente de las comunidades wichi y del norte, también hablamos de comunidades kollas de acá […] de repente tener que traerlos a Salta (capital), con todo el traslado que eso implica (Referente Regiones Sanitarias).

Tal demanda de evaluación del funcionamiento de las redes perinatales y su eficacia en generar una cobertura eficaz que respete diferencias culturales no necesariamente se traslada a una estrategia sistémica de seguimiento. Si bien existen protocolos que reglan la operación de las redes, como también normas que guían la conducta institucional en el cuidado de los pueblos originarios, las entrevistas en profundidad revelan fuertes limitaciones para su implementación.

Estas limitaciones pueden dividirse, esquemáticamente, en tres grandes grupos: la dotación de infraestructura (ubicación geográfica de los centros de salud, equipamiento e insumos); la disponibilidad de recursos humanos que permitan que la red opere según programa y –en específico asociado con el abordaje multicultural– la capacidad de implementar protocolos de cuidado con una perspectiva inclusiva.

Como correlato de esta caracterización, la calidad del cuidado en el marco de la red perinatal puede representarse a partir del marco teórico de círculos concéntricos reseñado previamente, adaptado a las particularidades de este estudio, donde el acceso geográfico, la oportunidad y la inclusión constituyen las pautas de evaluación.

Tabla 1. Razones por las que la mujer no acude al sistema público en primera instancia, por grupo poblacional

Respuesta	Criollas	Originarias
Dificultades geográficas y/ o de transpo	25.15	43.72
Otro	23.93	14.21
Ellas tienen prejuicios con el sistema	3.68	12.57
Días y horarios de atención limitados	27.61	11.48
Mala atención	11.66	7.65
Dificultades con el idioma	0.00	5.46
Barreras financieras	7.36	3.28
Discriminación, prejuicios del equipo	0.61	1.64
Total	100%	100%

Nota: En “Otros” aparecen más frecuentes “Distancias alejadas y barreras económicas” y “Cuidado del resto de la familia”.
Fuente: Elaboración propia en base a RRHH desarrollada por el proyecto.

En esta dirección, y de acuerdo con la información recogida en la encuesta a recursos humanos realizadas para este estudio, las dificultades geográficas y/o de transporte para acceder al sistema público de atención constituyen la primera razón percibida para que una mujer originaria no acuda al sistema de salud (asentada por el 43.72% de las mujeres encuestadas); la segunda razón más importante para las criollas (con 25.15% de las opiniones) es la falta de días y horarios adecuados para acudir a la consulta. La brecha entre ambos porcentajes es de 73.84% en detrimento de las mujeres originarias.

Desde una perspectiva de red sanitaria, estos porcentajes constituyen una llamada de atención tanto en términos generales –al menos un cuarto de las mujeres podría tener limitaciones de acceso geográfico– como en la diferencia entre mujeres en función de su origen. También son un indicador de brecha relativa de calidad en detrimento de la población originaria, elemento que es aún más significativo en la medida en que esta realidad es revelada según la percepción de los mismos recursos humanos que brindan el servicio.

Figura 6. Centro de Salud de Los Toldos, Orán

Foto tomada por el equipo de investigación.

Los prejuicios de las usuarias originarias hacia el sistema de salud representan, desde la mirada del personal de los servicios, la segunda razón (12.57%) de las mujeres para acudir al sistema sanitario formal. Para las mujeres criollas, este condicionante no supera el 4%. Las mujeres no consideran la discriminación o el prejuicio como barrera de acceso ni para las mujeres originarias (1.64%) ni para las mujeres criollas (0.61%).

El idioma es la tercera razón con mayor diferencial de calidad entre ambos grupos. Según la información recogida, diferenciales financieros y horarios de atención no constituyen el mayor desafío para las mujeres de pueblos originarios si se los compara con sus pares no originarias, aspecto que cambia su peso relativo en la valoración de los/as trabajadores/as de salud de los mismos servicios.

Sin embargo, la mayoría de los pueblos aún denuncian discriminación y mal trato por parte de los profesionales destinados a garantizar la salud e identifican las barreras idiomáticas como sólo una parte significativa del fenómeno.

La experiencia de los estudiosos de la temática de pueblos originarios en la provincia de Salta, como Torres *et al.* (2010), expresa la importancia de "tomarse el tiempo para conocer y escuchar, tanto en las consultas individuales, como en actividades en terreno. Conocer no sólo cómo se vive, qué se hace, sino también cómo se significa aquello que se vive, reconociendo que lo que desde fuera puede parecer una realidad homogénea, en realidad es transitada de diferentes maneras". Esto explicaría, además, el porqué de la resistencia generada por los miembros de comunidades originarias para acceder a las diferentes instituciones del sistema de salud.

Si bien las limitaciones de escucha en los lugares de atención sanitaria aparecen en otros espacios de análisis y con otros grupos poblacionales, cobran especial significancia en la consideración de la calidad en el cuidado de la salud de las poblaciones originarias, abonadas en años de descuido, reconocimiento de derechos y exclusión. Las reacciones ante esta situación son variadas y se traducen tanto en falta de confianza en el sistema formal de salud como en la retracción en el contacto con el mismo.

No obstante, en otros casos, el mismo fenómeno lleva a un reclamo de trabajo conjunto, dentro de un modelo real de multiculturalidad, esgrimido por los propios líderes originarios:

> El servicio de salud brindado a los pueblos originarios es deficiente, ya que no hay una participación genuina en la planificación de políticas públicas (Referente UPNDS, Nación Diaguita).
>
> Desde nuestra organización proponemos que en las áreas de abordaje estén nuestros hermanos trabajando para que nos podamos entender con nuestro lenguaje y así haya una mejor atención para los hermanos (Referente pueblo chorote).

En cierto modo, este fenómeno es también planteado por los/as mismos/as trabajadores/as de la salud que lo vinculan con falta de tiempo, capacitación y esquemas remunerativos insuficientes dentro del sistema de salud.

Al mismo tiempo, se verifica, a nivel directivo dentro del sistema de salud, una preocupación sobre las brechas culturales e idiomáticas existentes, y una búsqueda por abordarlas:

> […] estamos viendo que los partos normales, que no tienen ningún factor de riesgo, se hagan en hospitales del interior. Estamos hablando de comunidades aborígenes […] ahí es difícil […] Trasladan toda la familia del lugar donde están viviendo, que puede ser en medio del monte, en el Chaco salteño, a un hospital de Tartagal, Orán o Embarcación. Y el hospital que los recibe tiene que hacer la contención de todo el grupo familiar (Referente Regiones Sanitarias).
>
> "Una es la falta de nexo que hay entre la gente y el hospital. No un nexo, sino un acercamiento […] Yo veo que le cuesta llegar, ya sea uno por la lengua […] Mas en casos de mujeres y en niños, que tienen que tener el permiso sí o sí del cacique o del hombre fuerte de la casa. […] ellos están más acostumbrados a su medicina tradicional (Referente Dirección Materno-Infancia).
>
> Tuvimos que hacer cursos de wichi, al principio andábamos con las hojas para hacernos entender, pero había que resolver lo del idioma

para poder entendernos y que nos digan lo que necesitaban (Referente relaciones con la comunidad).

Figura 7. Mujeres del pueblo wichi llegando al hospital de Tartagal

Foto tomada por el equipo de investigación.

Más allá del éxito y la calidad de la intervención, existe una preocupación de todas las partes involucradas por reconocer un espacio de cuidado a ser resuelto. Aun así, se observan diferencias en el diagnóstico: ¿cuáles son las razones principales de esta falta de conexión entre el sistema sanitario y las necesidades de la población originaria? y cuál es, efectivamente, el grado de voluntad y cooperación para alcanzar una situación superadora.

Dadas estas brechas de acceso, se propuso conocer, por boca de las mismas mujeres asistentes al sistema de salud, cuál es el papel asignado a la oferta sanitaria formal ante un problema de salud en el contexto comunitario donde se encuentran inmersas. La Tabla 2 resume algunos de estos hallazgos.

Tabla 2. Primer referente de auxilio frente a problema personal de salud, por grupo poblacional

Respuesta	Total	Criollas	Originarias	Var. (p.p.)
Familia y amigos	N	349	94	255
	%	57.97	42.73	66.75
Hospital público	N	135	70	65
	%	22.43	31.82	17.02
Centro de atención de la salud	N	93	47	46
	%	15.45	21.36	12.04
Otro	N	11	1	10

	%	1.83	0.45	2.62	+2.17
Referente de salud de mi comunidad	N	8	3	5	
	%	1.33	1.36	1.31	-0.05
Clínica privada	N	6	5	1	
	%	1.00	2.27	0.26	-2.01
Total	N	602	220	382	
	%	100.00	100.00	100.00	

Fuente: Elaboración propia en base a encuestas a usuarios.

Según las mujeres encuestadas en los centros de salud, son los amigos y familiares la primera fuente de consulta, tanto para mujeres criollas como originarias, seguidos del hospital público y, en tercer lugar, el centro de salud. Empero, las diferencias entre ambos grupos muestran ser estadísticamente representativas (conforme al resultado de los *tests* de diferencias de medias reportados en la última columna de la tabla). El peso de las consultas en hospitales o centros de salud públicos por parte de las mujeres originarias son cerca de la mitad que los porcentajes reportados por las criollas. Asimismo, se observa que las criollas consultan el sistema de salud (centros de atención primaria u hospitales) en más de la mitad de las ocasiones en que perciben la necesidad, llegando en conjunto a 53.18%. Este porcentaje sólo alcanza el 29.06% entre las originarias.

La consulta a referentes de la comunidad –a diferencia de lo que se considera usualmente– no muestra un peso significativo en el espacio de búsqueda de asistencia y tampoco establece marcadas diferencias entre criollas y originarias. Asimismo, la consulta al subsistema privado es marginal en ambos casos, debido a la naturaleza socioeconómica de la población analizada, la cual fue capturada en los centros de salud dependientes del Estado.

Más allá de las brechas de atención, el peso protagónico del contexto familiar y las diferencias claras de acceso entre mujeres originarias y criollas, un argumento sobre el funcionamiento de las redes sanitarias, resulta relevante de subrayar. En ambos grupos de mujeres, las consultas en hospitales son alrededor de un 50% más frecuentes que en los centros de primer nivel (48.97% y 41.36% en criollas y originarias, respectivamente), con una asistencia por demás menor a los centros de salud por parte de las segundas.

En un espacio de red sanitaria operando con eficacia, estos porcentajes deberían ser los opuestos, con mayor concurrencia en el primer nivel, de menor complejidad, y una referencia a los hospitales

en la medida en que el cuadro clínico lo amerite. Esta evidencia convalida los estudios de redes sanitarias realizados por el equipo de investigación del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) citados más arriba.

También la falta de digitalización de historias clínicas limita la capacidad formal de las redes de establecer mecanismos sistemáticos de referencia y contrarreferencia, los que descansan en iniciativas informales. Refinar y fortalecer los espacios de seguimiento del primer nivel de atención y su vínculo formal con la estructura hospitalaria y aprovechar el uso del sistema de información perinatal para la toma de decisiones son acciones clave para estructurar una gestión más eficaz de la capacidad prestadora provincial.

Como resultado general, la exposición de las mujeres originarias al sistema público formal es marcadamente más reducida, con diferencias significativas en favor de la población criolla. Por otra parte, y como lo reflejan las entrevistas en profundidad y otra información complementaria no incorporada en esta síntesis, los niveles de acceso y las barreras no son homogéneas a lo largo de la red sanitaria. Los/as promotores/as sanitarios/as se encuentran más cercanos a la población originaria que los centros de primer nivel y los hospitales de segundo nivel, así que son ellos/as quienes dan seguimiento a la situación de salud de la población de menores recursos en el contexto de las rondas sanitaria. Por otra parte, y en el otro extremo de la red perinatal, el nivel de parto institucionalizado es alto para todo grupo.

Particularmente, si se le compara con otros representantes de la red, la mayor accesibilidad al contacto con los/as agentes sanitarios/as también se refleja en los tiempos de demora hasta el encuentro con estos representantes del sistema.

Tabla 3. Tiempo de viaje hacia prestadores de salud, por grupo poblacional

Características	Total	Criollas	Originarias	Diferentes	
Hospital	Prom.	59.59	37.36	72.60	
	N	605	220	385	605
CAPS	Prom.	26.18	13.61	33.25	
	N	589	212	377	589
Clínica privada	Prom.	55.81	58.26	54.55	3.71639
	N	546	185	361	546
Casa del agente sanitario	Prom.	78.15	84.90	74.95	
	N	566	182	384	566
Referente de salud de la comunidad	Prom.	76.34	90.49	69.84	
	N	480	151	39	480

* p < 0.05, ** p < 0.01, *** p < 0.001
Fuente: Elaboración propia en base a encuestas a usuarios.

En esta dirección, se consultó a mujeres criollas y originarias acerca de los tiempos de viaje para acceder al sistema formal, algunos de cuyos resultados se reflejan en la Tabla 3, tomando como indicador los minutos de demora hasta llegar a diferentes espacios de cuidado. Al igual que en las tablas previas, la última columna establece la diferencia estadística entre las respuestas recibidas de parte de las mujeres criollas y las originarias.

Se observa que la mayor diferencia se ubica en los prestadores de mayor complejidad (hospitales), en detrimento de la población originaria (con aproximadamente el doble de tiempo de traslado), en una relación que supera el 94% en contra de esta última. En igual dirección se encuentra la llegada a los CAPS, también en una proporción de 2:1 en favor de las criollas. Por el contrario, y como fuera mencionado, el menor nivel de complejidad exhibe un sesgo decantado a los/as originarias/os en cerca del 13%, con una hora y quince minutos para contactar a un agente sanitario, contra casi una hora y media para el caso de las criollas.

Figura 8. Barreras de acceso geográfico, Iruya

Foto tomada por el equipo de investigación.

Más allá de los criterios objetivos de acceso a la red sanitaria (acceso físico, demoras, disponibilidad, barreras idiomáticas, etc.) existen factores idiosincráticos que hacen del modo de percibir la calidad de atención algo diferenciado. Estos criterios refieren a particularidades culturales que pueden llegar a expresar criterios contrapuestos, de suerte que opongan buenas o malas intervenciones en función del/la

interlocutor/a, requiriendo de espacios multiculturales y sistemáticos de acción. De acuerdo con algunos referentes entrevistados:

> Es un desafío para nosotros lograr que se sigan implementando los partos de nuestra forma ancestral con nuestras parteras, y que sean reconocidas a pesar de no tener título (Referente pueblo weenhayek).
>
> El trabajo de un facilitador es fundamental dentro de la salud, alguien que los acompañe, ya que los hermanos muchas veces al estar en su comunidad no saben bien cómo moverse y tiene mucho que ver también el idioma porque siempre son atendidos por un profesional criollo y los códigos son diferentes (Referente pueblo wichi).

En ocasiones, estas barreras conllevan una búsqueda activa de interacción a fin de potenciar el uso del sistema formal de salud por parte de los pueblos originarios:

> Este año empezamos a trabajar como organización para que ingresen dos hermanos como parte del equipo de agentes sanitarios, porque son ellos los que hoy ejercen el rol hoy en día de facilitadores interculturales en nuestros territorios. También dentro de la provincia está un programa que trabaja en tema de salud intercultural dependiente del Ministerio de Salud (Referente Consejo del Pueblo Tastil).
>
> Regular, ni bueno ni malo, es muy importante el trabajo de los agentes sanitarios porque realizan un trabajo de facilitadores interculturales, sólo que –como decía anteriormente– falta que afiancen los conocimientos ancestrales y la medicina tradicional (Referente Consejo Kolla de Iruya).
>
> La mayoría de los guaraní somos muy humildes y, a pesar de las ayudas del Estado con los planes existentes, la mayoría de las embarazadas están desnutridas o con anemia u otras enfermedades, entonces no hay suficiente dinero para solucionar esos problemas, para ir al hospital de Orán noma el trasbordo más el del acompañante ya es caro (Referente pueblo guaraní).

De las entrevistas, tanto con líderes originarios y referentes del sistema sanitario como también con mujeres y personal de centros de salud, se evidencia una limitada conexión entre el conocimiento originario sobre la salud y el tratamiento de la enfermedad y la estructura formal de la red, sea en la temática perinatal o en el conjunto del abordaje del cuidado y su contexto.

Algunos/as referentes entrevistados/as expresan que se requiere una intervención urgente en esta dirección, debido a que tales conocimientos existentes en los pueblos originarios se van perdiendo en

el tiempo por varios motivos: fallecimiento de aquellas/os que contaban con este saber, falta de espacios de interacción entre culturas y asimilación de las nuevas generaciones de jóvenes originarios a la cultura dominante.

Conclusiones

La provincia de Salta, en Argentina, cuenta con gran diversidad de pueblos originarios, con distintos idiomas, costumbres y mecanismos de acercamiento e intercambio con el sistema "criollo" de salud. Por su parte, el sistema formal de salud y, en general, de protección social, aún exhibe asignaturas pendientes a ser resueltas en términos de escucha y respeto por las culturas originarias y de su relación con el territorio. Desde una perspectiva de funcionamiento del sistema público de salud, se observa una correlación entre pobreza y pueblos originarios, cuyo vínculo logra en ocasiones romperse, aunque no de modo sistemático.

En tanto la calidad de atención es multidimensional, el análisis exhibido en este informe refleja la diversidad de facetas posibles de ser consideradas: desde barreras culturales que reducen la efectividad de la consulta hasta una mayor distancia recorrida para llegar a un hospital o un centro de salud. Ambos aspectos evidencian brechas de discriminación y carencia de un verdadero espacio intercultural en el sistema público que combine una visión más abarcadora e inclusiva.

Si bien se reflejan avances en los espacios de consulta, así como en la normativa sobre idéntica garantía de derechos de los pueblos originarios con respecto a los criollos, todavía quedan desafíos pendientes para traducir tales adelantos en igualdad efectiva.

El trabajo propone una metodología, con capacidad de aplicación sistemática, para identificar calidad y factores de riesgo individuales (de la paciente), así como comportamentales y del sistema, para vincularlos con resultados del sistema de salud perinatal, la acción de las rondas sanitarias, el primer nivel de atención y su intersección con la cultura de los pueblos originarios.

Como un aprendizaje clave del proyecto, se sugiere invertir en la formalización de las redes sanitarias existentes, sobre todo en su estructura normativa y en la definición de protocolos actualizados que permitan un seguimiento sistemático, la generación de espacios de capacitación del personal en temáticas de redes, abordaje multicultural y entrenamiento de equipos entre distintos niveles de atención.

Tal estrategia debe considerar la jerarquización del primer nivel de atención, quizá el espacio de mayor demanda de fortalecimiento, incluyendo *staff* profesional en perinatología, dotación de insumos y coordinación con la cabecera de red, a fin de contrarrestar las actuales limitaciones en el control de embarazos y comunicación con las embarazadas.

1 Elaborado por Daniel Maceira, PhD, con la colaboración de Silvina Delaporte, Leda Kantor, Ivon Martinich, Lucía Mattheus, David Pastrana, Martín Torres, Paula Ulivarri, Alen Jiménez y Alfredo Palacios.

México[1]

Una de las estrategias implementadas por la Secretaría de Salud a partir de 2012 para reducir la mortalidad materna comprometida por los Objetivos de Desarrollo del Milenio fue la de la atención a través de "redes"[2] de servicios. Con ello se buscaba favorecer la continuidad de la atención entre los diferentes niveles de atención médica.

Figura 1. Municipio de Huajuapan de León, Oaxaca

Foto tomada por Clara Juárez Ramírez.

La propuesta de atención mediante Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) planteó coordinar unidades de salud, públicas y privadas, para garantizar la atención oportuna, mejorar el acceso y garantizar el tránsito adecuado de usuarias/os a través de distintos niveles de atención, en aras de mejorar la equidad y la continuidad de la atención al interior del sistema de salud. También se propuso homogeneizar el desempeño técnico del personal de salud a fin de incidir en aspectos de satisfacción de las/los usuarias/os para incentivar la utilización de los servicios.

Figura 2. Ubicación de los estados de Oaxaca y Chiapas

No obstante, durante el año 2018 se registraron 620 muertes maternas, de las cuales 28 ocurrieron en el estado de Oaxaca y 77 en Chiapas, entidades que concentran los mayores porcentajes de población indígena en el país. Debido a ello, en ambos se implementó la atención en redes, con el fin de crear sinergias con el Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica, implementado por la Secretaría de Salud a nivel nacional, en el cual se buscaba atender cualquier demanda de emergencia obstétrica en hospitales del sistema de salud, independientemente de la institución y de la condición de aseguramiento de la usuaria.

En este sentido, nos planteamos como objetivo general del proyecto en México analizar los elementos organizacionales de las RISS, para promover la calidad de la atención a la salud materna y perinatal y la percepción de las mujeres indígenas, a partir de la implementación de las RISS en los municipios de Huajuapan de León, Oaxaca, y Ángel Albino Corzo, Chiapas, México.

Las preguntas de investigación que guiaron la recolección de datos fueron: ¿Cómo se gestiona la atención en red? ¿Qué beneficios se generan para las mujeres? y ¿Qué opinan las mujeres sobre la calidad de la atención recibida por la organización de la sociedad civil en Chiapas en comparación con la que proveen los servicios públicos de Oaxaca?

Figura 3. Municipio de Huajuapan de León, Oaxaca

Foto tomada por Clara Juárez Ramírez.

Metodología

El diseño de la investigación incluyó la comparación de dos casos para identificar las diferencias en la implementación de la estrategia de RISS, la prestación de los servicios y la opinión de las mujeres usuarias de los servicios respecto al acceso y trato recibido. Se utilizaron métodos cuantitativos y cualitativos, así como revisión de fuentes secundarias.

El trabajo de campo se realizó en Oaxaca y Chiapas. En Chiapas, específicamente, bajo el modelo de colaboración público/privada entre Compañeros en Salud (CES) S. C. y los servicios estatales de salud de Chiapas. En Oaxaca, en la red de atención del municipio de Huajuapan de León, en los servicios públicos de salud.

Para la recolección de datos con ambos métodos, la muestra fue construida de manera intencionada, con criterios de inclusión definidos previamente. Se eligieron un grupo de usuarias de RISS de origen indígena; profesionales de la salud; personal directivo de las RISS y personas de organizaciones locales relacionadas con la atención materna.

Durante un primer acercamiento al contexto en el que se desarrolló el estudio, se afinaron los criterios de inclusión y se seleccionaron las personas a entrevistar. Se contemplaron los aspectos éticos necesarios para el trabajo con población indígena, incluido el consentimiento informado para la participación libre y voluntaria. De esta manera, las Comisiones de Ética e Investigación del Instituto Nacional de Salud Pública de México aprobaron el protocolo y los instrumentos a utilizar.

Para el apartado cuantitativo se diseñó un cuestionario para usuarias

y para prestadores de servicios obstétricos. Para el cualitativo se diseñaron guías de entrevista para cada uno de los tipos de informantes seleccionados con temas previamente diseñados. Se realizaron entrevistas breves, semiestructuradas (ver Tabla 1).

El análisis cualitativo se realizó de forma manual. Primero se transcribieron literalmente las entrevistas, las cuales fueron audiograbadas; después se codificaron y se realizó análisis de contenido; se elaboraron cuadros de concentrado de información por tipo de informante y categoría temática. A partir del material procesado se describen los resultados (Wetherell M. y Potter J., 1996).

El análisis cuantitativo empleó técnicas de estadística descriptiva. De los datos recogidos se elaboraron tablas y cuadros que resumen el análisis univariado y bivariado generando *test* de diferencias de medias entre grupos poblacionales, espacios de atención y tipo de riesgo perinatal. Se utilizó el *software* SPSS. La recolección de información se realizó durante 2017 (Tabla 1).

Tabla 1. Recolección de información: tipo de informante, número y lugar

Tipo	Chiapas	Oaxaca	Total
Personal de Salud	Cuestionarios: 32	Cuestionarios: 33	65
Entrevistas cualitativas: 25	Entrevistas cualitativas: 24	49	
Mujeres usuarias de RISS	Cuestionarios: 143	Cuestionarios: 148	291
Entrevistas cualitativas: 28	Entrevistas cualitativas: 27	55	
ONG -Coordinador Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos Oaxaca -CÁRITAS Huajuapan	Entrevistas cualitativas: 2	Entrevistas cualitativas: 2	4
		Total cuestionarios ambos estados.	356
Total entrevistas cualitativas ambos estados	108		

Fuente: Elaboración propia a partir de las entrevistas.

Resultados

Breve descripción de la región de estudio

Oaxaca

El municipio de Huajuapan de León se encuentra en la Sierra Mixteca en el estado de Oaxaca. La ciudad capital del municipio lleva el mismo nombre y tiene una población de aproximadamente 150,000 habitantes, según el conteo poblacional de 2015. La proporción de población indígena en esta zona es alta y los principales grupos son los mixtecos, los nahuas y los triquis. El mixteco es el principal idioma de la zona. En Huajuapan existe una red de servicios de atención materna, constituida fundamentalmente por un hospital general de segundo nivel que brinda atención en las cuatro especialidades troncales (cirugía, pediatría, ginecología y medicina interna). Este hospital es el principal establecimiento de derivación de casos para la atención de partos y emergencias obstétricas en la zona.

Figura 4. La sierra Mixteca

Foto tomada por Clara Juárez Ramírez.

La red de servicios se extiende a un hospital de segundo nivel del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en su modalidad subsidiada, denominada Prospera, durante el trabajo de campo. En la década de 1970, por una coyuntura político-administrativa, se creó el régimen subsidiado que es financiado por fuentes federales, pero con la infraestructura y mecanismos administrativos del IMSS. Su foco de atención es la población indígena del país distribuida en 28 de los 32 estados. Es apenas en los últimos seis años cuando las autoridades federales de salud plantearon que estas unidades de salud podrían trabajar coordinadamente a fin de utilizar los recursos disponibles para ofrecer una mejor atención y de calidad a las poblaciones que reciben

sus servicios.

Por lo tanto, la conformación de redes enfrenta un conjunto importante de retos para poder ejecutarse. Los dos hospitales tienen acuerdos para poder atender pacientes adscritos a cada hospital en caso necesario. Existe un acuerdo general para la conformación de redes denominado Convenio 126. Además se tienen acuerdos informales para la atención a partir del flujo de la demanda, la carga de trabajo de los hospitales y la disponibilidad tecnológica. Aun cuando se tienen acuerdos firmados para la atención combinada de pacientes, esos no incluyen la facturación cruzada o el pago en dinero líquido. Las compensaciones se establecen en forma de trueque de servicios. En el último año se ha desarrollado una red de Whatsapp para conectar a diferentes niveles de tomadores de decisiones y así poder responder adecuadamente y a tiempo a demandas específicas.

La calidad de la atención es un objetivo importante en los arreglos de red. La SSA tiene una aproximación a la calidad más apegada a la perspectiva biomédica, en tanto que IMSS Prospera tiene un acercamiento más amplio. En comentarios obtenidos de manera informal de miembros del Comité Comunitario de Salud, explicaron cómo monitorean las comunidades para identificar mujeres embarazadas en etapas tempranas y reportarlas al hospital. Esto se logra a partir de la organización que tienen, de promotoras, auxiliares de salud, parteras empíricas, “madrinas obstétricas”, entre otras, que son la extensión dentro de las comunidades del personal de salud que labora en los centros de salud, pero que no alcanza a monitorear, por falta de tiempo, los casos dentro de los poblados. Sin embargo, esta manera de funcionar les resulta adecuada, ya que son estas mujeres las que conocen mejor, tanto el contexto, como a sus pobladoras.

Otro dato contextual relevante es que ambos hospitales tienen “albergues” dentro de sus instalaciones, donde viven las mujeres que esperan el momento del parto, y sus familias. Esta es una iniciativa para proteger a las mujeres del riesgo que implica el traslado en transporte público desde sus comunidades, a las cuales, en algunos casos, les puede tomar hasta seis horas llegar a la unidad de atención debido a lo sinuoso de los caminos y la poca frecuencia del transporte colectivo. En algunos casos las familias consiguen dinero y pagan el servicio de taxi privado, pero esto les representa un costo alto por las circunstancias en las que viven.

Chiapas

La red en el estado de Chiapas se ubica en dos municipios de la región de La Frailesca, que es la zona donde se cultiva el café y que congrega a una población de alrededor de 267,000 habitantes (Estado de Chiapas, 2014) dispersos en comunidades rurales de alrededor de 500 a 1,000 personas, provenientes de diversos orígenes étnicos, aunque el más prevalente es el mam. Los mam fueron atraídos a Chiapas desde Guatemala a mediados del siglo pasado para trabajar en el cultivo de café. Una década después, el Gobierno nacional los mexicanizó, les prohibió hablar su lengua y el uso de vestimenta original. Sin embargo, la población conservó rasgos culturales característicos de las poblaciones mayas, algunos de ellos ligados a los aspectos reproductivos y la atención del embarazo y el parto.

Figura 5. Municipio de Ángel Albino Corzo, Chiapas

Foto tomada por el equipo de investigación.

La Secretaría de Salud opera un Hospital General de Zona ubicado en Ángel Albino Corzo (AAC) que ofrece atención a la población de 142 comunidades rurales. El Hospital General colabora con CES, una Organización de la Sociedad Civil (OSC) con sede en Boston, EUA, que se estableció en la zona el 2011. CES opera nueve centros de salud de la Secretaría de Salud del estado y un centro de IMSS-Prospera que atienden a comunidades rurales en la zona montañosa de La Frailesca. CES basa su programa en incrementar las capacidades de los centros de salud por medio del entrenamiento de los médicos pasantes para que desplieguen estrategias de primer nivel de atención basadas en evidencia, incluidas la promoción, prevención y atención primaria de enfermedades infecciosas y crónicas. Además CES dota las unidades con los medicamentos de mayor demanda en la consulta (CES, 2019).

Los acuerdos de CES con la Secretaría de Salud de Chiapas han llevado a la construcción *de facto* de una red de servicios –única en México– para las poblaciones que habitan en las comunidades rurales referidas. CES administra el primer nivel de atención en sus diez unidades a cargo y los casos que requieren atención especializada los remite al Hospital General de AAC o a unidades hospitalarias en la capital del estado, según la condición del paciente y del tipo de afección que presente. En 2017 CES y el Hospital General de AAC lograron un acuerdo para la remisión de mujeres con seguimiento de embarazo en las unidades a cargo de CES, para llevar a cabo el parto en el Hospital. En poco tiempo, el proceso derivó en la incorporación de la perspectiva de "parto respetuoso" promovido por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, la Organización Panamericana de la Salud y el Fondo de Población de Naciones Unidas. Como parte de esta iniciativa las autoridades del municipio de AAC asignaron fondos para la construcción de una casa materna, aledaña al Hospital, manejada mancomunadamente por CES y la dirección del Hospital. Se inició el reclutamiento de pasantes de la Licenciatura de Enfermería y Obstetricia de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM.

A partir del acuerdo para la construcción de la casa materna, en 2017 se atendieron 663 partos y, en 2018, 601. En el 85% de estos participaron licenciados en enfermería y obstetricia (LEO) con funciones de apoyo o de control del proceso. En 2017 sólo diecisiete partos fueron atendidos en la casa materna, pero para 2018 el número se incrementó a 131 (22%) del total (Montaño, M. *et al*, 2019).

i) Principales resultados de la encuesta a usuarias

La tabla 2 muestra los principales resultados sociodemográficos; destaca que 56.5% de las mujeres estudiadas se encontraba en el rango de edad de 20-29 años; el estado civil predominante fue unión libre (54.7%); las casadas representaban el 36%. El 95% de ellas refirieron saber leer y escribir (100% en Oaxaca y 92.3% en Chiapas). La ocupación principal en ambos estados fueron las labores del hogar y, en Oaxaca, sólo 10% señaló dedicarse a actividades económicas remuneradas.

Tabla 2. Características sociodemográficas de las usuarias del RISS entrevistadas por entidad federativa

	Chiapas		Oaxaca		Total		Valor P
Características de la usuarias							
	n	%	n	%	n	%	
Número de usuarias	143	49.48	146	50.52	289	100	
	Media	DE	Media	DE	Media	DE	**0.145**
Edad	26.50	6.79	27.62	6.23	27.06	6.52	
Estado civil	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	
Soltera	3	2.1	18	12.33	21	7.27	
Casada	47	32.87	76	52.05	123	42.56	
Unión libre	88	61.54	46	31.51	134	46.37	**0.000**
Separada/divorciada	4	2.8	5	3.42	9	3.11	
Viuda	1	0.7	1	0.68	2	0.69	
Afiliación a Servicios de Salud	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	
Seguro Popular	136	95.1	121	82.88	257	88.93	
IMSS	0	-	7	4.79	7	2.42	
IMSS Prospera (Oportunidades)	1	0.7	7	4.79	8	2.77	**0.005**
Ninguno	6	4.2	9	6.16	15	5.19	
NS/NR	0	-	2	1.37	2	0.69	
Escolaridad	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	
Primaria	53	37.06	45	30.82	98	33.91	
Secundaria	64	44.76	67	45.89	131	45.33	
Preparatoria o más	18	12.59	31	21.23	49	16.96	**0.068**
Técnica	-	-	1	0.68	1	0.35	
Ninguna	8	5.59	2	1.37	10	3.46	
Transferencia gubernamental	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	
Prospera	65	45.45	46	31.51	111	38.41	
Otro	5	3.5	0	-	5	1.73	**0.002**
Ninguno	73	51.05	100	68.49	173	59.86	
Ocupación	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	
Ama de Casa	0	-	120	82.19	120	41.52	
Empleada Domestica	139	97.2	5	3.42	144	49.83	**0.000**
Comerciante	0	-	12	8.22	12	4.15	
Empleada	1	0.7	4	2.74	5	1.73	

Continuación Tabla 2.

Campo	1	0.7	1	0.68	2	0.69	
Estudiante	0	-	1	0.68	1	0.35	
Otro	2	1.4	3	2.05	5	1.73	
Número de habitantes en la vivienda	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	
1 a 2	0	-	7	4.79	7	2.42	
3 a 4	28	19.58	66	45.21	94	32.53	
5 a 6	59	41.26	50	34.25	109	37.72	**0.000**
7 a 8	34	23.78	13	8.9	47	16.26	
9 a 10	17	11.89	5	3.42	22	7.61	
11 o más	5	3.5	5	3.42	10	3.46	
Redes familiares de apoyo	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	
Familiares	109	76.22	126	86.3	235	81.31	
No Familiares	1	0.7	0	-	1	0.35	**0.011**
Familiares y No Familiares	18	12.59	4	2.74	22	7.61	
Nadie	15	10.49	16	10.96	31	10.73	
Edad del primer embarazo	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	
Menos de 15	25	17.48	6	4.11	31	10.73	
16 a 20	83	58.04	76	52.05	159	55.02	
21 a 25	28	19.58	47	32.19	75	25.95	
26 a 30	6	4.2	13	8.9	19	6.57	**0.000**
31 a 35	0	-	3	2.05	3	1.04	
36 a 40	0	-	1	0.68	1	0.35	
No especificado	1	0.7	0	-	1	0.35	
Número de embarazos	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	
1	32	22.38	41	28.08	73	25.26	
2	36	25.17	43	29.45	79	27.34	
3	23	16.08	34	23.29	57	19.72	**0.009**
4	25	17.48	19	13.01	44	15.22	
5 o más	27	18.88	9	6.16	36	12.46	

Continuación Tabla 2.

Características de la unidad de salud							
La usuaria sabe que la unidad de salud cuenta con ambulancia	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	
Sí	91	63.64	97	66.44	188	65.05	**0.349**
No	27	18.88	32	21.92	59	20.42	
NS/NR	25	17.48	17	11.64	42	14.53	
El nuevo personal médico se presenta con las usuarias	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**0.000**
Sí	133	93.01	107	73.29	240	83.04	
No	8	5.59	34	23.29	42	14.53	
NS/NR	2	1.40	5	3.42	7	2.42	
Trato por parte del médico/ personal de enfermería	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	
Bueno	122	85.31	101	69.18	223	77.16	
Regular	20	13.99	36	24.66	56	19.38	**0.004**
Malo	0	-	6	4.11	6	2.08	
NS/NR	1	0.7	3	2.05	4	1.38	

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados de la encuesta.

Sobre las características reproductivas y de atención perinatal en

torno al último evento obstétrico, más de una quinta parte (26.2%) de las mujeres se encontraba embarazada al momento de la encuesta (Oaxaca, 56.3% vs. Chiapas, 11.2%), el resto había cursado su último embarazo en los últimos cinco años. La mayoría había tenido uno y dos embarazos (53.7%). Más del 95% de las mujeres de ambos estados dijo haber tenido consultas de control prenatal para la atención de su último embarazo. El reporte de complicaciones durante el embarazo se presentó en mayor medida en Chiapas, con 36.4%, en contraste con Oaxaca: 22.4%. En Oaxaca, el 40% de las mujeres señaló que su último parto había terminado en una cesárea y en el 80% de los casos había sido de urgencia (Tabla 3). En Chiapas estas cifras representan 10% y 40%, respectivamente.

Figura 6. Municipio de Ángel Albino Corzo, Chiapas

Foto tomada por el equipo de investigación.

Para las mujeres de ambos estados, el principal lugar de atención de las complicaciones fue el centro de salud (con 51.9% en Chiapas y 13% en Oaxaca). Además, el 72% de la mujeres entrevistadas en Chiapas y el 50% de las entrevistadas en Oaxaca refirieron haberse atendido en unidades médicas de la SSA. En Chiapas el 16.8% señaló haber sido atendida en una casa materna (Tabla 3). El 90% de las mujeres declaró haber amamantado al bebé: sin diferencias entre los estados.

Tabla 3. Indicadores de calidad de la atención durante el último evento obstétrico. Usuarias del RISS entrevistadas por entidad federativa

	Chiapas		Oaxaca		Total		Valor P
Características de la atención prenatal							
Recibió consultas de atención prenatal en el último embarazo	**n** 140	% 97.90	**n** 139	% 95.21	**n** 279	% 96.54	**0.290**
Lugar de la atención prenatal	**n**	%	**n**	%	**n**	%	
Centro de Salud	136	97.14	74	53.24	210	75.27	
IMSS	0	0.00	3	2.16	3	1.08	
IMSS Prospera (Oportunidades)	1	0.71	46	33.09	47	16.85	
Consultorio Médico adjunto a Farmacia	1	0.71	7	5.04	8	2.87	**0.000**
Partera	1	0.71	1	0.72	2	0.72	
Otro	1	0.71	5	3.60	6	2.15	
NE	0	0.00	3	2.16	3	1.08	
Mes de embarazo de inicio de consultas prenatales	**n**	%	**n**	%	**n**	%	
Primero	36	25.71	37	26.62	73	26.16	
Segundo	54	38.57	47	33.81	101	36.20	
Tercero	30	21.43	32	23.02	62	22.22	
Cuarto	12	8.57	11	7.91	23	8.24	**0.851**
Quinto	2	1.43	4	2.88	6	2.15	
Sexto	1	0.71	4	2.88	5	1.79	
Séptimo	1	0.71	1	0.72	2	0.72	
Noveno	1	0.71	0	0.00	1	0.36	
NE	3	2.14	3	2.16	6	2.15	
Número de consultas prenatales en el último embarazo	**n**	%	**n**	%	**n**	%	
1 a 3	1	0.71	8	5.76	9	3.23	
4 a 6	43	30.71	43	30.94	86	30.82	
7 a 9	90	64.29	77	55.4	167	59.86	**0.017**
10 a 12	1	0.71	7	5.04	8	2.87	
Más de 13	1	0.71	3	2.16	4	1.43	
NE	4	2.86	1	0.72	5	1.79	

Continuación Tabla 3.

Acciones en la revisión prenatal del último embarazo¥	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	
Todas (9)	41	28.67	11	7.53	52	17.99	**0.000**
8 de 9	56	39.16	41	28.08	97	33.56	
7 de 9	17	11.89	38	26.03	55	19.03	
6 o menos	29	20.28	56	38.36	85	29.41	
Diagnósticos médicos	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	
Presión alta	16	11.19	15	10.27	31	10.73	**0.524**
Preeclampsia o eclamsia	6	4.20	8	5.48	14	4.84	**0.459**
Amenaza de aborto	19	13.29	17	11.64	36	12.46	**0.501**
Sangrado vaginal	19	13.29	10	6.85	29	10.03	**0.081**
Complicaciones durante el embarazo							
Tuvo complicaciones en el último embarazo	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**0.030**
	52	36.36	38	26.03	90	31.14	
Lugar de atención de las complicaciones	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	
Centro de Salud	22	42.31	18	47.37	40	44.44	
IMSS	1	1.92	2	5.26	3	3.33	
IMSS Prospera (Oportunidades)	1	1.92	11	28.95	12	13.33	**0.002**
Consultorio Médico adjunto a Farmacia	7	13.46	1	2.63	8	8.89	
Partera	2	3.85	0	0	2	2.22	
Otro	14	26.92	5	13.16	19	21.11	
NE	5	9.62	1	2.63	6	6.67	
Tuvo gastos en la atención de las complicaciones	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**0.544**
	24	46.15	20	52.63	44	48.89	
Monto de los gastos en la atención de las complicaciones (Pesos)		**Media**		**Media**		**Media**	**0.019**
	24	847.50	20	2505.00	44	1600.91	
Características de la atención del parto							
Lugar de la atención del parto	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	
Casa	24	16.78	2	1.37	26	9	**0.000**
SSA	103	72.03	78	53.42	181	62.63	
IMSS Prospera (Oportunidades)	7	4.9	51	34.93	58	20.07	

Continuación Tabla 3.

IMSS/ISSSTE/Marina	0	0	1	0.68	1	0.35	
Privado	3	2.1	3	2.05	6	2.08	
Casa de la partera	5	3.5	1	0.68	6	2.08	
Otro	1	0.7	10	6.85	11	3.81	
Tipo de parto	n	%	n	%	n	%	0.000
Normal	128	89.51	75	51.37	203	70.24	
Cesarea	15	10.49	58	39.73	73	25.26	
NS/NR	0	0	13	8.9	13	4.5	
Tipo de cesárea**	n	%	n	%	n	%	0.006
Programada	8	53.33	13	22.41	21	28.77	
Urgencia	6	40.00	45	77.59	52	69.86	
NS/NR	1	6.67	0	0.00	1	1.37	
Tiempo de traslado al lugar donde se atendió el parto**	n	%	n	%	n	%	0.000
Menos de 1 hr	43	36.13	69	47.26	112	42.59	
De 1 a 3 hrs	18	15.13	3	2.08	21	7.98	
De 3 a 6 hrs	6	5.04	0	0.00	6	2.28	
Más de 12 hrs	0	0.00	2	1.39	2	0.76	
NS/NR	52	43.70	70	48.61	122	46.39	
Tiempo de espera de la atención del parto en la unidad de salud**	n	%	n	%	n	%	0.000
Menos de 1 hr	106	89.08	96	66.67	202	76.81	
De 1 a 3 hrs	2	1.68	2	1.39	4	1.52	
De 3 a 6 hrs	0	0.00	1	0.69	1	0.38	
Más de 12 hrs	2	1.68	5	3.47	7	2.66	
NS/NR	9	7.56	40	27.78	49	18.63	
Pernoctó previamente al parto**	n	%	n	%	n	%	0.000
	50	42.02	31	21.53	81	30.8	
Lugar donde la usuaria pernoctó**	**n**	%	**n**	%	**n**	%	
Albergue	26	52.00	11	35.48	37	45.68	
Urgencias	8	16.00	12	38.71	20	24.69	**0.113**
Huespedes	1	2.00	0	0	1	1.23	
Hotel	0	0.00	1	3.23	1	1.23	
CasaFam	12	24.00	4	12.9	16	19.75	

Continuación Tabla 3.

Otro	3	6.00	3	9.68	6	7.41	
Realizó pago por estancia en albergue**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**0.000**
	0	0.00	5	45.45	5	13.51	
Gastos en el último parto	**n**	**Media**	**n**	**Media**	**n**	**Media**	
Hospedaje	7	1142.86	3	7166.67	10	2950.00	**0.137**
Alimentos	69	529.86	31	904.84	100	646.10	**0.021**
Transporte	89	615.53	85	282.61	174	452.89	**0.000**
Acompañamiento durante el proceso del último parto	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**0.001**
	40	27.97	22	15.07	62	21.45	
Presentó complicaciones durante el parto o la cesárea	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**0.002**
	37	25.87	26	17.81	63	21.80	
Se le preguntó a la madre si autorizaba realizar algún procedimiento a su hijo	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	
No hubo necesidad	4	2.80	44	30.14	48	16.61	**0.000**
Sí	68	47.55	71	48.63	139	48.10	
No	69	48.25	28	19.18	97	33.56	
NS/NR	2	1.40	3	2.05	5	1.73	
Tipo de personal que atendió el parto	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	
Médico	75	52.45	126	86.30	201	69.55	
Enfermera	23	16.08	1	0.68	24	8.30	**0.000**
Partera	41	28.67	1	0.68	42	14.53	
Otro	3	2.10	2	1.37	5	1.73	
NS/NR	1	0.70	16	10.96	17	5.88	
Maltrato por parte del personal de la unidad donde atendió el parto**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**0.008**
	19	15.97	35	24.31	54	20.53	
Información oportuna sobre el parto**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**0.002**
	106	89.08	105	72.92	211	80.23	
Entendimiento de la información proporcionada sobre el parto**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**0.001**
	105	99.06	90	85.71	195	92.42	
Solicitud de consentimiento antes del parto	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**0.000**
	88	61.54	114	78.08	202	69.90	

Continuación Tabla 3.

La paciente compró los medicamentos que se requieron durante el parto**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**0.013**
	53	44.54	67	46.53	120	45.63	
La paciente compró los materiales que se requieron durante el parto**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**0.005**
	39	32.77	34	23.61	73	27.76	
El parto se realizó en una sala de expulsión**	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**0.000**
	96	80.67	127	88.19	223	84.79	
Gasto por ecografía o ultrasonido en servicios privados	**n**	**Media**	**n**	**Media**	**n**	**Media**	**0.000**
	44	272.73	36	997.78	80	599.00	
Características de la atención del puerperio							
Recibió recomendaciones para el cuidado en casa después del parto	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**0.000**
	106	74.13	114	78.62	220	76.39	
Recibió recomendaciones para la anticoncepción	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**0.000**
	112	78.32	120	82.19	232	80.28	
Colocación de método anticonceptivo sin consentimiento	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**0.000**
	4	2.8	10	6.85	14	4.84	
Alimentó a su hijo con leche materna	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**0.001**
	131	91.61	131	89.73	262	90.66	
Acciones en la revisión postnatal del último embarazo§	**n**	**%**	**n**	**%**	**n**	**%**	**0.002**
Todas (7)	3	2.1	8	5.48	11	3.81	
6 de 7	17	11.89	34	23.29	51	17.65	
5 de 7	14	9.79	24	16.44	38	13.15	
4 o menos	109	76.22	80	54.79	189	65.4	

¥ Incluye: Toma de muestra de orina; medición de azúcar en la sangre; prueba de detección de sífilis; prueba de detección de VIH; ultrasonido; suministro de ácido fólico; suministro de vitaminas, hierro o algún suplemento alimenticio; y servicio de detección para la salud mental.

** Excluye partos atendidos en casa

§ Incluye revisiones, recomendaciones o instrucciones para: depresión post natal, signos y síntomas de hemorragia, preeclampsia o eclampsia, signos o síntomas sobre posibles infecciones, trombosis, nutrición y lavado de manos.

Fuente: elaboración propia a partir de los resultados de la encuesta.

En Chiapas, el 28% de las mujeres fueron acompañadas por algún familiar, mientras que en Chiapas sólo el 15% señaló haber sido acompañada. Respecto a la percepción de la calidad de la atención referida por las mujeres de estudio, el 20.5% mencionó que alguna vez se sintió maltratada por el personal de salud de la unidad médica (24% de las mujeres atendidas en Oaxaca y 16% de las atendidas en Chiapas). También cabe resaltar que al 27.6% de estas mujeres no se les pidió su consentimiento para llevar a cabo los procedimientos del parto (Chiapas: 61% vs. Oaxaca: 78%) o realizar un procedimiento al hijo (48% en Chiapas y 19% en Oaxaca). En comparación con las usuarias de Oaxaca, las de Chiapas reportaron haber recibido, en relación con el evento del parto, mayor información y haberla entendido. En cambio, las primeras reportaron haber recibido mayor información del personal que las usuarias de Chiapas en relación a los cuidados posteriores al

parto (Tabla 3). Asimismo, el 14.5% no recibió un informe médico sobre su estado de salud (Chiapas: 19% vs. Oaxaca: 3.4%). Por otro lado, sólo el 4.5% de las mujeres mencionó que no le entregaron el certificado de nacimiento de su hijo [Chiapas (5.6%) vs. Oaxaca (1.7%)]. Finalmente, el 70.2% de las mujeres estudiadas refirió tener conocimiento de que se puede quejar si no le gusta como la tratan.

También fue posible evaluar la calidad del programa a través de diferentes indicadores, entre los que se encuentran los factores de estructura. El reporte de los cuestionarios analizados indica que cerca de la mitad de los entrevistados reportó estar de acuerdo en que la unidad médica dispone o tiene acceso a ambulancias para traslado (57.9%), brinda suficiente capacitación para atender pacientes de alto riesgo (47.4%) y otorga la capacitación necesaria para atender emergencias obstétricas (42.1%) a pacientes provenientes de pueblos originarios (42.1%). Sin embargo, el 31.6% declaró estar en desacuerdo en que existe una política activa de interacción en el tratamiento de la salud de las mujeres indígenas entre el sistema de salud y las creencias de pueblos originarios.

ii) Resultados cualitativos destacables

Usuarias y personal de salud

En ambos estados, las mujeres entrevistadas coincidieron en haber recorrido un camino largo para llegar a la clínica a recibir atención médica. También refirieron haber recibido apoyo principalmente de sus parejas tanto para el traslado como de tipo emocional durante el parto. El gasto más alto reportado en transporte fue de $1,000 para cubrir el costo de un taxi ante una urgencia obstétrica. Después del parto recibieron recomendaciones para “sacarse la leche”, amamantar al bebé y sobre cómo cuidar la higiene de ambos.

Coincidieron en la queja de esperar mucho tiempo para ser atendidas, gastar en exámenes de laboratorio y conocer poco al personal de salud que las atendió, lo cual dificulta la continuidad de la atención. Una de ellas comentó recibir buen trato, pero otra señaló lo contrario durante su primer parto.

Particularmente en Oaxaca, coincidieron en la barrera del idioma. Una de ellas comentó que el problema más grande lo tienen las mujeres de mayor edad, ya que son ellas las que dominan menos el español, no

así las mujeres jóvenes.

Respecto a la atención del personal de salud coincidieron en haber recibido explicaciones sobre el proceso que seguirían durante la atención, así como tener confianza para externar sus dudas.

Una de las dificultades que encontraron es la falta de medicamentos y de tecnología para realizarse estudios (gratuitos) dentro de las unidades. Respecto a las instalaciones de las clínicas coincidieron en que estaban bien en infraestructura y limpieza.

Las entrevistadas de Chiapas, atendidas en los servicios públicos, reconocieron tener apoyo, información y atención resolutiva en cada uno de los procesos. Además, destacaron la calidez y amabilidad del personal y el interés de atender sus necesidades en salud. También reconocieron mayor capacidad y libertad de decisión.

Las mujeres que recibieron su control del embarazo en centro de salud de la SSA y atención del parto con enfermera obstetra se mostraron más carentes de información, sobre todo en planificación familiar y signos de alarma del embarazo. Al igual que en Oaxaca, hubo quejas sobre la carencia de medicamentos, los tiempos de espera prolongados y algunas actitudes de los médicos, pero reconocen que la atención en el hospital ha mejorado, sobre todo del personal que atiende los partos: “La enfermera me cantó para que me tranquilizara…”. (Usuaria de servicios. Red de Oaxaca)

En Chiapas, las usuarias empiezan a identificar al personal de la asociación civil en la atención del parto y han recomendado a otras mujeres buscar ser atendidas por este personal al llegar al hospital. Por lo que algunas mujeres han esperado intencionadamente para ser ingresadas vía la Casa Materna y ser atendidas por una LEO.

Otro aspecto relevante sobre la satisfacción de la atención fue que las mujeres en Chiapas, que se atendieron en clínicas de la asociación civil, reconocieron que el personal médico les dedica tiempo para preguntarles sobre sus síntomas, revisarlas y resolver sus dudas. En contraste, en Oaxaca las mujeres destacaron sentirse maltratadas y, en general, percibieron falta de respeto. Adicionalmente, varias de las entrevistadas tuvieron emergencias obstétricas, situación que no ocurrió con las mujeres de Chiapas.

La diferencia en la atención entre la atención entre mujeres con Prospera y sin Prospera[3] no se percibe de la misma manera en las clínicas CES que en el centro de salud de AAC. Las mujeres de comunidades CES reconocieron que han recibido multivitamínicos como parte del control del embarazo. Cuando el centro de salud de AAC, no

otorga los medicamentos, las personas tienen que comprarlos, conforme a las indicaciones del médico. Adicionalmente, las usuarias de las clínicas de la asociación civil incluyeron en su red de apoyo al personal de salud de esas clínicas, en contraste con las mujeres de Oaxaca, quienes no señalaron ningún vínculo de amistad con el personal de salud.

Figura 7. Municipio de Ángel Albino Corzo, Chiapas

Foto tomada por el equipo de investigación.

Las enfermeras obstetras promueven el modelo de partería en busca de ofrecer la mayor calidad en la atención del parto en base al respeto de los procesos fisiológicos del parto y brinda el acompañamiento.

Reconocieron que las usuarias que son atendidas de este modo cuentan con mayor información para la toma de decisión en la atención de parto y planificación familiar.

En las comunidades de Chiapas cubiertas por la asociación civil reconocen la importancia de dedicar el tiempo adecuado a la consulta del embarazo, así como interrogar de manera meticulosa y permitir que la usuaria exprese sus dudas. Se reconoce, asimismo, que la confianza entre el médico y el paciente es uno de los principales factores que intervienen en el éxito de los tratamientos. De igual modo, se entiende que las usuarias tienen la libertad de decidir siempre y cuando el personal médico cumpla con informar los beneficios, ventajas y riesgos de otras vertientes terapéuticas.

Sobre el “trabajo en red” que realiza el personal de salud, los hallazgos sugieren que cuentan con poca información sobre cómo funcionan los acuerdos interinstitucionales; pese a ello, realizan reuniones periódicas para actualizarse sobre el intercambio de casos

entre los hospitales. La principal dificultad señalada por el personal de salud es el contexto en el cual atienden a las mujeres indígenas. El siguiente testimonio es ilustrativo al respecto:

> … Gran parte de la población viene de las comunidades aledañas y son comunidades que cuentan con un índice de marginación, de migración, de pobreza… Es una de las regiones más pobres del estado y, por ende, del país; entonces es un núcleo poblacional donde se concentra toda esa comunidad, toda esa población que viene de las comunidades indígenas y llegan aquí, y a pesar de que cuentan con hospitales, porque tenemos hospitales de la SSA, del ISSSTE, por supuesto, los nuestros del IMSS-Prospera, acuden tarde a control prenatal a iniciar su control (Médico directivo, Red de Oaxaca).

Conclusiones

En Oaxaca las mujeres participantes de este estudio son usuarias, principalmente, de los servicios otorgados en unidades médicas de la SSA y de IMSS Prospera. En Chiapas, de las clínicas de la SSA manejadas por la asociación civil.

Las condiciones de pobreza en ambos estados dificultan la prestación de servicios tanto del lado de la oferta como de la demanda. La oferta carece de recursos suficientes para prestar los servicios con un alto nivel de calidad y la demanda poblacional encuentra enormes dificultades para poder desplazarse dadas las condiciones del terreno, la escasez de transporte y los costos asociados.

Se trata de mujeres que cursaron su embarazo principalmente en edades que implican menos riesgos; es decir, entre los 20 y 34 años. Son también mujeres que, en su mayoría, al menos saben leer y escribir; su principal ocupación económica es dedicarse al trabajo doméstico de su propio hogar.

En Chiapas las mujeres han tenido sólo uno o dos embarazos, pero en Oaxaca la mayoría de las mujeres encuestadas tiene entre 15 y 19 años de edad y algunas de ellas ya tienen dos hijos, fenómeno que demanda la ejecución de intervenciones de educación para la salud sexual y reproductiva en contextos indígenas.

Llama la atención la presencia de mujeres muy jóvenes con dos o tres embarazos, lo cual resulta preocupante dado el contexto de pobreza en el que viven.

Aunque la mayor parte de las mujeres ha llevado atención prenatal y lo ha iniciado, sobre todo, en el primer trimestre de gestación, cerca del

15% inició su control en el segundo o tercer trimestre, lo cual merece ser analizado a más detalle particularmente bajo el contexto de la problemática que representa la atención tardía del embarazo y parto en los estados estudiados. Esto, al igual que la presencia de complicaciones durante el embarazo, la cual estuvo presente en casi una tercera parte de la población estudiada.

La percepción de la calidad de la atención, según las propias usuarias, incluye haber recibido maltrato al momento de ser atendidas, así como la ausencia en la obtención del consentimiento previo al procedimiento del parto, o bien la carencia de informes médicos de manera oportuna. Ambas regiones tienen una alta tasa de población inmigrante, lo cual proporciona un entorno social particular complejo para el cuidado materno infantil.

En Chiapas, CES está trabajando con el sistema gubernamental local para mejorar la atención médica materna, en particular con las madres en la etapa del parto. Esto puede prevenir problemas durante el parto y, en caso de riesgo, las pacientes son remitidas a un hospital con especialidades médicas. La incorporación de OSC a las redes abre ventanas de oportunidad en su gestión.

Un punto de coincidencia del personal de salud en ambos estados fue la queja de estar trabajando con poco personal. Se necesita reclutar personal bien capacitado y con sensibilidad intercultural para fortalecer la oferta de servicios.

1 Capítulo “México”, elaborado por Clara Juárez, Aremis Villalobos, Alma Lucila Sauceda, Araczy Martínez, Roxana Rodríguez y Gustavo Nigenda.
2 Propuesta por la Organización Panamericana de la Salud (OPS).
3 El programa Prospera, de combate a la pobreza, funcionó hasta el año 2018.

Perú[1]

Introducción

La revisión de la evolución de los dos indicadores de mayor relevancia de la atención de la salud materna en el Perú, las coberturas de atención prenatal y de parto institucional lleva a constatar la gran desigualdad en la atención existente entre la población gestante del país y la del mundo indígena amazónico. En 2017, el 89.2% de las gestantes a nivel nacional recibió seis o más consultas de Atención Pre Natal (APN), mientras en las gestantes indígenas sólo el 65%. Esta brecha se acentúa en parto institucional, el cual alcanza una cobertura nacional de 93.1% y tan sólo de 20% entre la gestantes nativas.

La situación expuesta pone de manifiesto cómo los esfuerzos realizados para proveer atención de calidad a las mujeres durante el periodo de maternidad, que han logrado eficacia en el mundo andino, no alcanzan este cometido entre los pueblos amazónicos debido a la presencia de un conjunto de obstáculos insalvables que impiden el acceso a la atención. La capacidad de acceder a asistencia fácil, apropiada y oportuna es un factor importante de calidad (Sánchez, 2019), especialmente si el concepto de calidad "se traslada de la interacción de una pareja paciente-médico a la prestación de servicios por grupos profesionales a poblaciones enteras (es entonces que) algunos atributos de la atención se convierten en determinantes mucho más prominentes de su calidad. Entre estos la accesibilidad" (Donabedian, 2001). Es en este sentido que el acceso a la atención constituye una dimensión básica de la calidad.

El término accesibilidad se ha tornado ambiguo, su uso se presta a múltiples interpretaciones y usos (Sánchez, 2019). Este estudio la concibe como "la propiedad ya sea de los recursos para la atención a la salud o de la población de usuarios potenciales de los servicios" (Donabedian, 2001). El acceso a la atención "depende de las propiedades de los proveedores –sean instituciones o individuos– que la

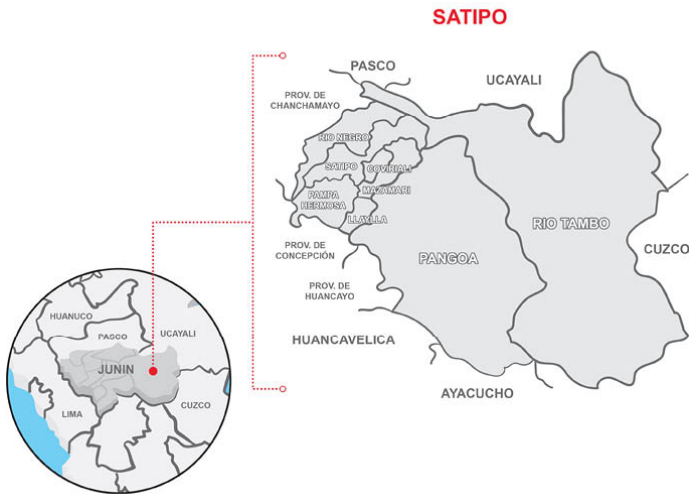
hacen más o menos fácil alcanzar y usar". Pero también depende de la "habilidad de los usuarios potenciales para vencer obstáculos financieros, espaciales, sociales y psicológicos que se interpongan entre ellos y la recepción de la atención" (Donabedian, 1984). En suma, es una condición relacional que busca el acercamiento bidireccional: de la población hacia los servicios y de los servicios hacia la población.

Si bien se señalan varias clases de accesibilidad, siguiendo el enfoque señalado previamente se optó por diferenciar de manera general entre aquellas condiciones geográficas, económicas y culturales que inciden negativamente sobre la población, de aquellas otras que dependen de los proveedores de la atención: recursos, organización, gestión, regulación, entre otras. Este enfoque facilita un abordaje integral y equilibrado entre ambas condiciones.

El proceso de atención en la gestante asháninka se produce en un contexto de progresiva legitimación de la atención de la salud materna como parte de la transformación de la sociedad asháninka ocurrido durante las últimas cuatro décadas. El reconocimiento de necesidad de atención parece ser la resultante de la tensión entre fuerzas inductoras de una "racionalidad" moderna en la atención de la salud, que operan a través del personal de salud y las dirigencias comunales colaboradoras de los servicios de salud, cuyo contexto implica mayor acceso a la educación, transporte y medios de comunicación.

A la par, actúan fuerzas disuasivas que abogan por la "naturalización"[2] del proceso reproductivo y promueven la atención del parto en apego a su comportamiento ancestral, de suerte que se rechaza su trasformación en un "hecho clínico", lo que dificulta que las parturientas lo experimenten como parte integral de su vida (Ilich, 1975; Böhme, G. y Böhme, H., 1998). Estas fuerzas operan a través de la familia de la gestante y sus redes sociales primarias. Adicionalmente, las experiencias previas de atención y la información sobre el trato recibido y los costos pueden abonar en uno u otro sentido (Donabedian, 1988). Como resultado de esta tensión se constituye el deseo de atención que da paso a su búsqueda. En este momento comienza a configurarse el complejo proceso destinado a sortear obstáculos en camino a alcanzar un establecimiento de salud y recibir la atención pertinente a la necesidad de salud (Frenk, 1985).

Figura 1. Sitio de investigación



Fuente: Elaboración propia a partir del mapa nacional, mapa provincial del Satipo (MEF) y de mapa de distrito de Rio Tambo por cuencas, elaborado la Gerencia de Infraestructura de Desarrollo Urbano Rural de la Municipalidad Distrital de Río Tambo.

Metodología

El presente estudio se realizó bajo el modelo de investigación mixta (Burke, 2007), mediante un proceso sistemático de carácter exploratorio e interpretativo que combina métodos cualitativos y cuantitativos (Hernández *et al.*, 2016).

El análisis documental cualitativo y cuantitativo (Schettini, P. y Cortazzo, I., 2015) se enfocó en las principales variables del estudio sobre información teórico-conceptual, datos socioeconómicos vinculados con la salud, el pueblo asháninka y sobre el estado actual del servicio materno. Por su parte, las entrevistas y observación de campo enfatizan la aproximación al contexto social y el registro de significados y valoraciones de los actores entrevistados (Gonzales, 1990; Wehterrell, M. y Portter, J., 1996).

La información cualitativa procede de entrevistas a profundidad a gestantes y dirigentes asháninkas, personal proveedor de atención de salud materna del Centro de Salud (CS) de Puerto Ocopa y personal de salud de Otica, de la Red de Salud de Satipo. Igualmente, se entrevistó a funcionarios de la municipalidad de Río Tambo, la Microrred (MR) Puerto Ocopa y Dirección Regional de Salud (DIRESA) de Junín.

Tabla 1. Composición-muestra de informantes

Composición y número de la muestra de informantes entrevistados

Categoría de los entrevistados	Número
Gestantes (G)	35
Agentes comunales de salud (ACS)	02
Dirigentes comunales (DC)	09
Personal de salud (PS)	05
Funcionarios de salud (FS)	08
Funcionarios y trabajadores municipales (FM)	05
Total	64

Fuente: Trabajo de campo del estudio.

Las entrevistas a las gestantes y dirigentes de las comunidades fueron realizadas por la antropóloga coordinadora del trabajo de campo. Cuando fue necesario, ella estuvo acompañada por personal bilingüe incorporado al equipo. Las entrevistas al personal de salud y funcionarios municipales fueron realizadas por el investigador principal.

Las entrevistas fueron transcritas, codificadas, sistematizadas y procesadas directamente por las antropólogas del equipo siguiendo la metodología de análisis cualitativo, recuperando las dimensiones de la accesibilidad propuestas al diseñarse la investigación.

A la par, el equipo de investigación realizó varias visitas de observación a las comunidades de Puerto Ocopa, Puerto Prado, Poyeni y Otica, con duración de entre dos a siete días, durante catorce meses, que iniciaron el mes de abril de 2016 y culminaron en mayo de 2017.

La información cuantitativa procede de fuentes secundarias: *Informe de la Producción de Servicios* de la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva (ESSR) de la Red de Salud de Satipo, Redinforma-Repositorio Digital de Información del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS), Observatorio de Recursos Humanos en Salud (INFORHUS) del Ministerio de Salud (MINSA) y de la *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar* (ENDES). Asimismo, se obtuvo información documental de la municipalidad distrital de Río Tambo, Red de Salud de Satipo y la Dirección de Salud (DIRESA) de Junín.

El protocolo del estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y, según se establece, los entrevistados fueron previamente informados sobre los objetivos del estudio, recabándose en cada caso el consentimiento escrito o verbal para su participación.

Resultados

Los resultados se presentan organizados según las dimensiones de la accesibilidad previamente expuestas; esto es, aquellas que inciden en las poblaciones y las que inciden en los proveedores

Gran dispersión poblacional, enormes distancias y limitado transporte

Las poblaciones indígenas amazónicas están distribuidas en 520 comunidades (INEI, 2017). El distrito de Río Tambo, provincia de Satipo, de población básicamente indígena amazónica registra 26,036 habitantes (INEI, 2017) organizados en 78 comunidades y 11 anexos o caseríos. Las comunidades del distrito son ribereñas a cuatro cuencas fluviales, de las cuales 33 están localizadas en la cuenca del río Tambo. En suma, son grupos poblacionales pequeños y dispersos.

El transporte fluvial amazónico es limitado por su baja demanda, elevados costos de operación y ausencia de medidas de seguridad. Se trata, posiblemente, de uno de los servicios más costosos, infrecuentes y riesgosos del país (Ver Figura 2). La Tabla 2 da cuenta del tiempo-distancia y costos mínimos de transporte de las comunidades más importantes hacia el CS de Puerto Ocopa.

Tabla 2. Tiempo-distancia y precio del transporte de las comunidades nativas al Centro de Salud (CS) de Puerto Ocopa

Establecimiento de salud	Tiempo-distancia (horas)	Medio de transporte	Precio aprox. transporte (Soles Peruanos PEN)
Ps Los Ángeles de Shima	8.00	Fluvial/terrestre	70
Ps Boca Chembo	7.00	Fluvial	70
Ps Impaniquiari	6.00	Fluvial	70
Ps Santa Rosita de Shirintiari	6.00	Fluvial	60
Ps Shevoja	5.30	Fluvial	60
Cs Betania	5.30	Fluvial	60
Ps Capitiri	5.00	Fluvial	50
Ps San Francisco De Cushireni	4.30	Fluvial	45
Cs Poyeni	4.00	Fluvial	40
Cs Oviri	3.30	Fluvial	30
Cs San Miguel De Otica	3.00	Fluvial	30

Fuente: Elaborado por los autores.

La atención prenatal de las gestantes en la cuenca del río Tambo se realiza en 13 establecimientos de salud (EESS) y parte de la Microrred

de Puerto Ocopa; sólo el CS de Puerto Ocopa, que opera como "cabecera de red", reúne una cierta capacidad de atender, pese a contar con la clasificación formal para brindar esta atención. El resto de establecimientos tiene una muy limitada capacidad resolutiva; aun así, muchas veces se ven obligados a atender partos debido a su condición de inminencia.

Figura 2. Movilidad fluvial a través de río Tambo

Foto tomada por el equipo de investigación. Departamento de Junín.

> Entonces nuestra capacidad de respuesta, nuestros establecimientos de salud en esa zona no están preparados; prácticamente todos esos partos, de toda esa zona, tienen que salir, tendrían que salir a Puerto Ocopa. Y ahí ya hablamos un poco de la geografía que mencionaba ella, de los medios de comunicación que vienen a ser la otra parte (FS 01 JU).

A su vez, el traslado de las gestantes desde sus comunidades hacia el CS de Puerto Ocopa es un evento socialmente complejo. La madre se traslada con algún familiar, usualmente abandonando a sus hijos menores. Al final, si la gestante y sus acompañantes llegan a CS de Puerto Ocopa es posible que este lugar les sea extraño y a veces hostil.

Debido a las distancias, tenemos una gestante a 8, 13 horas de camino, no puede llegar ella al establecimiento de salud, ni el personal puede llegar a la comunidad en que se encuentra la gestante. Muchas veces son atendidas por las parteras tradicionales o simplemente por la mamá que tiene algo de conocimiento para poder atender el parto (FM 01 RT).

A pesar de sus múltiples limitaciones, los establecimientos de salud del ámbito realizan importantes esfuerzos para acercar la atención a la

población. Para este fin conforman equipos que visitan anexos y comunidades aledañas. Según se informó, estas actividades extramuros son cada vez menos frecuentes debido la escasez de personal y a los riesgos físicos y sociales del desplazamiento, riesgos que se acentúan cuando deben acompañar el traslado de gestantes en condiciones de alto riesgo o urgencia obstétrica.

Precios inasequibles

Respecto a los aspectos económicos de la accesibilidad, cabe señalar que las comunidades indígenas del mundo amazónico desarrollaron una economía de autoconsumo que se ha visto trastocada estos últimos años debido a la explotación de los recursos endémicos (madera, hidrocarburos, etc.). Por ello, los gastos que atañen a la atención de la salud frecuentemente no pueden ser cubiertos, más aún si la atención demanda el traslado muchas veces distante, como sucede con la atención del embarazo y parto.

Seguro público *(SIS) y JUNTOS*: programas destinados a sortear la barrera económica o incentivar el acceso

El seguro público (SIS) surge como mecanismo de protección financiera para garantizar la gratuidad de la atención de la salud materna, incluso el traslado de la gestante desde su domicilio hasta los servicios de salud, su estadía y alimentación en las Casas Maternas (MINSA, 2010),[3] las cuales fueron creadas como estrategias de aminoración de las barreras geográfica y económica. Aunque en el caso del CS de Puerto Ocopa, la casa materna estuvo inoperativa durante 2017. Según el Censo Nacional de Comunidades Nativas Amazónicas, el 100% de las familias asháninkas de las comunidades localizadas en Satipo están cubiertas por el SIS.

> El seguro nos reembolsa por todas la actividades que nosotros hacemos, y hay que aprovechar eso. Si nosotros aprovecháramos todas las actividades que se hace un paciente que llega el SIS te va reembolsar todito mientras nosotros pongamos en el formato de atención todas las actividades, o el procedimiento que se hace (FS 01 HMH).

El Programa Nacional de Apoyo Directo a los más Pobres (JUNTOS)

opera desde 2005 y está dirigido a familias con niños en etapa escolar y madres gestantes. En este último caso, a fin de incentivar la atención prenatal se otorgan 100 PEN mensuales de subsidio. De acuerdo con información del Censo Nacional de Comunidades Nativas, el 87.1% de las comunidades asháninkas del distrito de Río Tambo son beneficiarias de este programa social.

> Claro, como les pagan, entonces como que obligatoriamente, como que ya es una responsabilidad de ellas, entonces ya vienen; vienen a decirte: "Estoy embarazada, señorita, y quiero hacerme mi control" (PS 01 PO).

Atención de la salud materna: normas que divergen frente a la realidad, insuficiencia de recursos y debilidad en la gestión

El Programa de Salud Materno Neonatal (PSMN) tiene carácter de programa estratégico y en teoría se gestiona por resultados. El MINSA aprueba su política y elabora su normatividad a través de la ESSR, una unidad programática nacional. En 2005, se elaboró una directiva que contenía un instrumento destinado a evaluar la capacidad resolutiva de los establecimientos de salud en la realización de las Funciones Obstétricas y Neonatales (FON).[4] Según esta directiva, ningún establecimiento ubicado en la cuenca del río Tambo reúne la capacidad resolutiva para atender partos normales (MINSA, 2012). Esta norma diverge de la realidad, ya que casi la totalidad de partos institucionales son atendidos en los establecimientos de la Micro Red (MR), principalmente en los tres Centros de Salud dotados de personal competente para atender partos normales, pero que al no poder reportar esta atención la oculta bajo la condición de "parto inminente".

Este ocultamiento provoca fallos en el proceso de atención, ya que quien atiende el parto se ve exigido a omitir del reporte varias actividades del proceso de la atención del parto que inciden en su calidad, pues de hacerlo perdería la condición de inminente. Por ejemplo, no se elabora el partograma, instrumento de gran importancia en la evolución del parto y, por lo tanto, en la calidad de su atención.[5] Cabe precisar que dos de estos establecimientos muestran insuficiencias debido a que el personal profesional asignado es contratado o realiza su servicio civil (SERUM), de modo que hay periodos en los que no cuentan con personal capacitado para esta atención.

> … implementar Poyeni […] solamente contamos con un médico, una obstetriz; muchas veces salen a lugares, ya más no les encuentro. Lo único que recomendamos: Atalaya. No hay fortalecimiento del Centro

de Salud [...] Poyeni (PS 03 PO).

Muchos de los establecimientos del ámbito carecen de recursos humanos competentes en cantidad suficiente, pero también de insumos y equipos para la atención, medios de comunicación y transporte.

> El problema es que uno arma sus horarios [...] al final se van de capacitación y deja su servicio vacío [...] hay ocasiones en las que Obstetricia está cerrado, CRED está cerrado, Medicina ha estado cerrado [...] son problemas [...] la Red nos exige: "¿Por qué está cerrado?", nos dice (FS 01 PO).

A menudo, los vehículos de transporte terrestre y fluvial que puedan existir no están operativos por falta de mantenimiento o de combustible.

> Tenemos un motor, pero el problema es no contamos con el "peque". Hemos hecho una gestión, la comunidad nos ha apoyado en hacer una canoa, pero es de madera [...] Una emergencia tienes que estar esperando y nadie te quiere ayudar o tienes que aprender a manejar (PS 03 PO).

El personal resiente la carga administrativa que está obligado a cumplir: llenado de formatos, elaboración de reportes, etc.

> ... hay personal, licenciadas, que dicen: "Yo no trabajo para el SIS"; no, es que tú trabajas para el SIS, tú trabajas para el Estado, tú trabajas para la población, tú estás para servir a la población, ¿me entiendes? (FS 01 SA).

En lo que respecta al personal de salud, la MR Puerto Ocopa tiene una densidad de recursos humanos[6] de 19.5 x 10,000 habitantes, dos terceras partes del personal es femenino y con edades entre los 25 y 39 años (ver imagen 2). El 75% es soltero y sólo el 45% es nombrado (Observatorio de Recursos Humanos en Salud, 2019). Se estima que no menos del 90% es foráneo a la provincia y es mayoritariamente personal técnico.

Los recursos financieros del PSMN presupuestados por la DIRESA Junín se multiplicaron por 5.4 entre los años 2009 al 2016, pasando de 1,601,788 PEN a 8,804,014 PEN en correspondencia con su alta prioridad. La composición del presupuesto refleja la creciente importancia asignada a las actividades de la atención prenatal, reenfocada en desmedro de otras actividades, incluso del parto

institucional.

¿Existe atención en red?

El Perú, desde hace aproximadamente tres décadas, optó por denominar Redes de Servicios de Salud a sus unidades desconcentradas de gestión sanitaria y al conjunto de establecimientos de salud dependientes de ellas. Esta denominación ha subsistido, pese a los cambios en la política de salud, modelos de atención y organización de los servicios, sin llegar aún a un concepto operacional preciso y consensuado. Ante tal vacío, la preocupación del estudio estuvo centrada en descubrir en qué medida se brindaba la atención de la salud materna en red, al margen de las diversas elaboraciones conceptuales al respecto (OPS, 2010 y Vilaza, 2013).

En el marco del proceso de descentralización nacional, los gobiernos regionales constituyeron direcciones de salud y organizaron sus servicios de salud adoptando inercialmente la denominación de redes, conformadas a su vez por microrredes (MR). Una MR está constituida por un centro de salud sede y varios establecimientos de menor categoría que coordinan la actividad asistencial, recogen y procesan la información sanitaria y distribuyen medicamentos e insumos hacia sus establecimientos.

Figura 3. Actividades de capacitación de la MR Puerto Ocopa, en salud materna

Foto tomada por el equipo de investigación. Departamento de Junín.

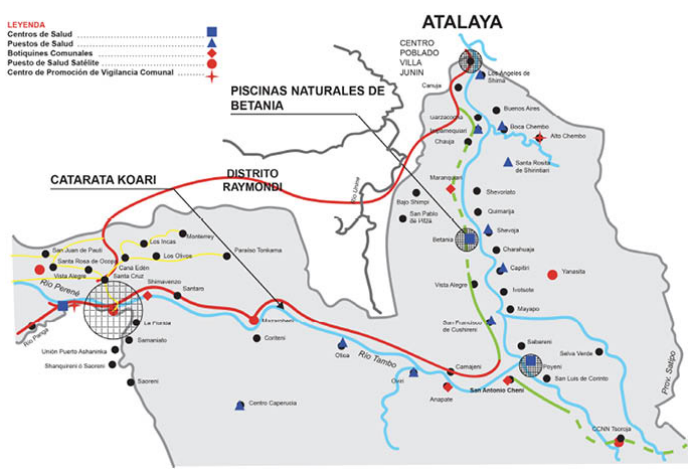
Actividades de capacitación en salud materna en la MR Puerto Ocopa

La atención de la salud materna de las comunidades asháninkas de la cuenca del río Tambo es provista por los establecimientos de salud administrados por la DIRESA Junín, órgano ejecutivo del Gobierno Regional de Junín, pero que responde a las orientaciones de la ESSR. Adicionalmente, operan en el ámbito algunos servicios de salud administrados por la municipalidad distrital de Río Tambo. No existen otros proveedores de servicios de salud públicos, menos aún privados.

La DIRESA Junín (2018) ha organizado sus servicios de salud en nueve redes, la red de Satipo, que abarca la provincia de Satipo, comprende un hospital ubicado en la capital de la provincia y cinco microrredes. La MR Puerto Ocopa asienta en el municipio de Río Tambo y congrega 32 establecimientos de salud, 13 de los cuales están distribuidos en la cuenca del río Tambo.

La municipalidad de Río Tambo (2015-2018), preocupada por brindar atención a las comunidades más apartadas y dispersas, creó una pequeña red de servicios conformada por 29 establecimientos de salud de baja capacidad resolutiva entre puestos de salud y botiquines comunales. Sin embargo, su frágil institucionalidad e insuficiente coordinación con los servicios públicos de salud limitan su capacidad operativa y eficacia.

Figura 4. Distribución de establecimientos de salud en la cuenca del Río Tambo



Fuente: Elaboración propia con información de Cartera de Servicios de DIRESA Junín.

Mapa elaborado por la Gerencia de Infraestructura de Desarrollo Urbano Rural de la Municipalidad del Río Tumbo.

En los CS y los programas de salud localizados en las comunidades de mayor población, la atención del embarazo y parto está a cargo de obstetras (parteras profesionales). En el resto la atención se ofrece por medio de enfermeras profesionales o técnicas. Las actividades son eficazmente coordinadas por el equipo de la ESSR de la MR, su permanencia y dedicación ha generado "espíritu de cuerpo" en el que se mezcla su condición de género con la identidad y necesidad de posicionamiento, vocación que se constituye en acicate para el trabajo en equipo.

Esta interacción, sin ser continua, es regular y está facilitada por la obligada visita mensual del personal de los establecimientos de la MR que acuden para reportar su producción llenando diversos formatos, actividad administrativa que demanda valioso tiempo que bien podría estar dedicado a la atención.

> … nosotros no podemos cumplir varias metas; por ejemplo, uno es la entrega de HIS y FUAS;[7] nos dan 10 días para digitar una FUA, una de estas hojitas, una de estas; hoy día 20 o sea esta FUA tiene hasta el 30 para ser digitado […] El punto es que cómo hago con Poyeni, como manda sus FUAS cada semana, si está de aquí en el bote a seis, siete horas o más y tiene todo el riesgo que se pierdan; si se pierden peor todavía (FS 01 PO).

La concurrencia mensual del personal de salud en Puerto Ocopa permite el tratamiento conjunto de los problemas de atención que se producen en las comunidades y la realización de actividades de capacitación e intercambio de experiencias de gran utilidad, sobre todo para el personal de menor experiencia laboral (muchos de ellos realizan su servicio civil). De retorno a sus establecimientos el personal lleva consigo los suministros (insumos y medicamentos) para la atención.

En suma, en el equipo de la ESSR de la MR Puerto Ocopa se aprecia un esfuerzo de responder "en red" a las necesidades de la atención de la salud materna y generar flujos de información, conocimientos y recurso. No obstante, esta es una forma de respuesta espontánea surgida de las necesidades de atención antes que resultado de un diseño previamente formulado sobre alguna base conceptual.

Microrred y red: relaciones complejas

Por el contrario, las relaciones de la MR Puerto Ocopa y red de Satipo son distantes y poco fluidas, se trata básicamente de cumplir las normas de supervisión, la consolidación de la información previamente procesada en la MR y la dotación de suministros para alcanzar las metas diseñadas en la DIRESA Junín.

Anualmente, MR y establecimientos de la red son convocados para la evaluación anual de avance de metas. Al respecto, el equipo de la ESSR percibe en este evento que se enfatiza sobre las insuficiencias en el "cumplimiento de las metas" sin acordar correctivos ni reconocer los esfuerzos realizados:

> … entonces Puerto Ocopa casi siempre está entre los últimos […] la red trata de exigir, pues, ¿no? [...] de ver cómo nosotros podemos llegar a nuestras metas, y lo que hace es presionar al equipo. El equipo trata de hacer lo que puede, pues, ¿no?, viendo todos los inconvenientes […] todo eso, lo que causa malestar […] en parte el malestar del ambiente que se crea acá, es por ello... (FS 01 PO).

La mirada de la red parece invisibilizar el mundo nativo. Usualmente sus informes no dan cuenta de las grandes diferencias entre la situación de la población migrante afincada en la ciudad de Satipo y otros grandes centros de población indígena muy dispersa. No obstante, en la red de Satipo se manifiesta preocupación por mantener y mejorar la operatividad de la atención de la salud materna mediante el suministro oportuno de los insumos críticos y los recursos de transporte y la estandarización de las "rutas clínicas" que garantice la referencia de las emergencias obstétricas a establecimientos. Igualmente, se informó que se encuentra en trámite el "reconocimiento" de los partos normales atendidos por los centros de salud que están categorizados para realizar esta actividad.

Llegar al Hospital de Satipo exige sortear muchos obstáculos

El Hospital Manuel Ángel Higa Arakaki, ubicado en la capital de la provincia, es el único establecimiento de salud categorizado, según FON, para realizar atenciones de mayor complejidad que la atención prenatal (parto normal, embarazo y partos complicados que devienen en emergencias obstétricas). Esta condición no se ajusta a la realidad, pues excepcionalmente las gestantes asháninkas acceden a este nosocomio

para la atención del parto normal.

La MR Puerto Ocopa se relaciona con el Hospital cuando se produce una referencia debida a una emergencia obstétrica. Si la referencia se genera por razones de diagnóstico o realización de exámenes de laboratorio, esta queda librada a la disposición y recursos de la gestante para trasladarse al Hospital, razón por la que raramente se materializa.

El personal de la microrred señala que en las ocasiones en que se buscó coordinar la referencia con el Hospital no se logró respuesta alguna.

> Ellos saben que nosotros que no deberíamos de atender partos, pero cuando referimos pacientes porque nosotras creemos que sí se va complicar, o que tienen una complicación, nos dicen: "¿Para qué la han traído? Si arriba hay obstetra, ¿para qué la han traído? Por qué no la atienden arriba (PS 01 PO).
>
> Pero cuando algo pasa dicen: "Pero ¿quién les ha dicho que atiendan? Acaso es su deber de ustedes", nos dicen que no debemos atender; o sea es como que algo se contradicen, ¿no?: que por qué haces, qué por qué no lo haces (PS 01 PO).

Si finalmente la gestante indígena se traslada a la ciudad de Satipo y no tiene ningún soporte social en la ciudad, vive en condición de foránea con poca capacidad de comunicación y muy escasos recursos. Si salvando estos obstáculos llega al Hospital sentirá un clima hostil, "nadie da razón de nada", la gestante es víctima de discriminación y maltrato de un sistema y sus agentes que le son totalmente extraños: colas, cupos, esperas, *tickets*, formatos, etc. El Hospital no cuenta con "guías interculturales" que faciliten la atención.

> Una persona que es humilde, que ni de repente no entiende el castellano, peor. ¡Eso es peor! Le dejan ahí hasta que venga alguien o hasta que venga yo (FM 02 RT).
>
> Porque [no] tienen economía... no tienen la comunicación adecuada. Poco se dejan entender (FM 02 RT).

Para quienes finalmente acceden… ¿hay atención de calidad?

En la práctica, sólo para aquellas gestantes que logran acceder al servicio cobra importancia la calidad de la atención tal como es tradicionalmente concebida: procesos de atención con bases científicas,

relaciones interpersonales y entorno.

El patrón cultural de la sociedad asháninka de raíz indígena amazónica es aún bastante sólido.[8] El personal de salud se reconoce carente de competencias para comprenderla y establecer diálogo con concepciones, creencias, símbolos y ritos que les son ajenos.

> … dentro de lo que es la obstetricia… la gran mayoría acá venimos fuera, y también lo que es otra vivencia, tanto de nosotros como de la población misma, ¿no es cierto? Hemos estado acostumbrados a otras costumbres, y cuando uno llega a esto, para adaptarse es un poco más difícil (PS 02 PO).

La relación entre las gestantes y el personal que provee la atención comienza signada por el temor y la desconfianza que exige de ambas partes, pero sobre todo del personal de salud: grandes esfuerzos para establecer comunicación entre dos mundos culturales bastante disimiles.

> Pero dice que sí, sino que tengo miedo que de repente me cortan (PS 01 OTICA).
>
> [Es un problema] de confianza y de llegar, capaz de llegar a un acuerdo entre la cultura y la cultura occidental, la misma propia cultura que puedan tenerlo (DC1 CART).
>
> … nadie venía, solamente venían para los niños que están con neumonía, o algo grave… entonces, ¿qué empezamos hacer? Empezamos a traer regalitos, ropitas, y empezamos a ir a buscarlas, los que ya trabajaban acá, los que conocían el idioma, y ellos la curiosidad de ver que gente nueva llegaba, a ver cómo son; y venían, y te buscaban, y empezaban su control (PS 01 PO).

El desconocimiento del idioma ashánnka obliga a poner el énfasis en una comunicación gestual que, al no compartir los mismos códigos, puede interpretarse como poco amistosa de ambos lados, cuando realmente podría ser expresión de defensa o temor, sobre todo de parte de las usuarias. Están en un espacio que les es ajeno, frente a códigos culturales que desconocen. El problema se acentúa por la escasa o nula experiencia de los proveedores para establecer comunicación sin recurrir a los “medios del habla”.

> [Respecto al idioma] Eso es lo que limita. También en el Centro de Salud Puerto Ocopa, eso también limita, porque lo que le está atendiendo el profesional no sabe el idioma asháninka (PS 01 OTICA).

Es usual que el personal de salud, sin mayor formación sobre la cultura

y costumbres del mundo indígena amazónico, no encuentre explicación a la marcada resistencia respecto a la atención institucional del parto y de la gestante, pese a que con mayor frecuencia accede a la atención prenatal. Esta conducta se agudiza en las comunidades más alejadas.

> … hay algunas mujeres que se hacen sus controles… les persigues, igual vienen, Pero hay un momento cuando ya están cerca al parto ellas mismas se van al monte (PS 01 PO).

Son frecuentes las conductas discriminantes, que con frecuencia dañan la dignidad de las usarías. Se utiliza la obvia asimetría de poder existente entre el personal y las usuarias para tratar de prescribir, a menudo de manera autoritaria, formas o estilos de vida que les son ajenas

> Del embarazo de mi hijita (el primero) no me han dicho nada. Me han atendido bien en la posta. Pero algunas señoras te dicen […] Tenía una amiga que también tuvo seguidito, tres bebés seguidos, la obstetriz le ha dicho: "¿Tanto bebé has tenido?" (G 04 PO).

Pero también las usuarias tienden a subvalorar sus saberes ancestrales, más aún si revisten carácter mágico-mítico.

> No tienes que comer porque tu bebé se puede cutipar,[9] y pues se va a enfermar, no vas a saber qué le ha pasado… [cuando se cutipa] El bebé se asusta, él en su sueño ve también lo que hemos comido, él se asusta y de ahí se enferma (G 09 PO).

No obstante, hay esfuerzos nacionales por implementar los aspectos básicos de una política de salud intercultural. Quizá la más importante sea la consolidación de la atención del parto en posición vertical, medida promovida y normatizada en el Perú desde 2005 (MINSA, 2005 y MINSA, 2017). El reporte de la ESSR para 2017 señala que los establecimientos de la MR Puerto Ocopa atendieron el 68% de los partos en posición vertical.

¿Cómo evaluar la calidad de la atención?

En 2007 el MINSA (2007) aprobó un instrumento que reunía un conjunto de estándares para la evaluación de la calidad de la atención materno-perinatal con un modelo sistémico: estructura, procesos y resultados de la atención y basado en la clasificación de establecimientos según su

capacidad resolutiva para realizar las FON. Estos estándares de calidad de la atención materna no pudieron ser utilizados en este estudio debido a que la clasificación, según FON, es discordante con la real operatividad de los servicios del ámbito en lo que se refiere a la atención del parto.

A fin de suplir esta limitación y contar con una aproximación a la calidad de atención de la salud materna provista en el ámbito, se diseñó y aplicó un modelo simplificado de evaluación que integra cuatro dimensiones: técnica, seguridad de la atención, atención centrada a la gestante/humanización y acceso a la atención (que recoge la propuesta de la demoras en la atención en la salud materna), todo con el enfoque intercultural de manera transversal. Se trata de una propuesta inicial y, por lo tanto, sujeta a validación y mejora, que pretende evaluar el *sine qua non* de atributos de calidad de la atención que se provee a las poblaciones indígenas de la amazonia principalmente. El instrumento fue diseñado y aplicado por un médico gineco-obstetra experto en calidad de atención, durante tres visitas realizadas en el CS de Puerto Ocopa durante 2017.

Los resultados de la evaluación fueron poco halagüeños, pues se alcanzó sólo en 44% del puntaje máximo y en cerca del 50% del mínimo. La evaluación concluye que la atención de la salud materna muestra:

- Bajos niveles de seguridad y falta de un sistema de gestión del riesgo.
- Serias vulnerabilidades en la dimensión técnica de la calidad de la atención, tanto en las condiciones para la atención como en la toma de decisiones frente a las intervenciones médicas.
- Niveles aceptables respecto a la atención centrada en el paciente, sin embargo, no termina por abordar adecuadamente los problemas derivados de la interculturalidad.
- Importantes problemas en el acceso y cobertura a la atención, lo que hace condiciones para que, ante una complicación médica importante, no se tenga capacidad de responder de forma oportuna.

Conclusión

El estudio pone en evidencia que si entendemos la calidad de la atención y la accesibilidad, junto a otros atributos, ésta pasa a constituirse en una dimensión básica de la calidad y clara expresión de

equidad en salud. La situación de las gestantes de las comunidades amazónicas del Perú, muestra que la cobertura de parto institucional como indicador de acceso -pero también de calidad a la atención de la salud materna-, es 4.5 veces menor que el promedio nacional..

Si bien las barreras ecológicas y culturales al acceso a la atención son importantes, lo son mucho más, de un lado, la acentuada pobreza de mayor parte de estas poblaciones, cuya problemática muchas veces se invisibiliza y, de otro, la baja eficiencia de la política social residual del Estado, que posterga y desestima la atención de la salud de los pueblos indígenas en general y, particularmente, la de la mujer gestante. Todo ello tiene como contexto un conjunto de cambios económicos, sociales y culturales acaecidos durante las últimas décadas en la Amazonía, que, antes que traer mejoras en el nivel de vida de los pueblos indígenas, puso en crisis su frágil economía de subsistencia y pronunció su pobreza. La población asháninka que habita la cuenca del río Tambo es claro ejemplo de esta situación.

Al no contarse con una definición consensuada que concretice el concepto de redes de atención en el Perú, se buscó identificar la presencia de "atención de la salud materna en red" utilizando los siguientes criterios: comunicación e intercambio de experiencias de atención, procesos sistemáticos de capacitación e intercambio de experiencias de atención y uso integrado de la información para la toma de decisiones de atención a nivel local. El estudio encontró que la atención en red de la salud materna opera fluidamente entre los establecimientos que conforman la Micro Red Puerto Ocopa (nivel basal de sistema de atención), pero no funciona entre las microrredes que conforman la Red de Salud, incluido el Hospital de Satipo. Al parecer, el factor determinante para una operación en redes de atención tiene que ver con la construcción de relaciones de confianza y solidaridad, que se establecen entre el personal de salud. Esta condición se refuerza por patrones de identidad profesional, pero también por la identificación con el espacio social donde labora. En este sentido, los aspectos procedimentales y tecnológicos cobran menos importancia y muchas veces complejizan y burocratizan innecesariamente la atención en red.

1 Elaborado por el Dr. Oswaldo Lazo, con la participación del dr. Mario Tavera, lic. en Antrop. Tania Sarmiento y lic. en Enf. Lourdes Álvarez.

2 El proceso reproductivo primariamente no está medicalizado en la tradición asháninka.

3 Alojamiento o posada temporal de las mujeres gestantes y algún acompañante que ellas decidan: hijo, pareja, otros familiares y/o partera (MINSA, 2010).

4 Instrumento actualizado al 2012.

5 Adicionalmente, el seguro público no reconoce los mayores costos que supone la atención del parto normal.

6 Indicador establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y utilizado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para definir las metas regionales en materia de recursos humanos para la salud 2007-2015. La meta fijada es de 25 por 10,000 hbs. y se refiere a la disponibilidad de médicos, enfermeras y parteras profesionales.

7 FUA: Formato Único de Atención exigido por el seguro público como medio probatorio de atención.

8 Para una amplia descripción de mundo cultural asháninka en relación con la salud materna, léase: Bazán, M. (2008).

9 La cutipa es una amenaza que afecta al recién nacido; puede producirle daño u ocasionarle la muerte. Las mujeres embarazadas la transmiten al feto, y si el niño ya nació, puede ser adquirida mirando, tocando, escuchando ciertos animales u objetos, o al ingerir alimentos indebidos.

Recomendaciones de investigación y de política

De investigación

- El fenómeno estudiado es complejo y multideterminado, por lo que su estudio ulterior requiere del diseño y aplicación de esquemas metodológicos flexibles e innovadores.
- Este tipo de esquemas podrían ser aplicados para estudiar otras características de los servicios en red tales como acceso y eficiencia.
- El estudio de redes de atención primaria es muy escaso en América Latina y el Caribe, por lo que la identificación de otros modelos resulta sumamente conveniente.
- Asimismo, el estudio de la prestación de servicios en red, tales como enfermedades crónicas o salud mental, para otro tipo de demandas en salud, sería de sumo interés.
- A partir de los resultados del estudio, se presenta particularmente prometedor el análisis de las redes donde participan organizaciones de la sociedad civil.

De política

- Las redes de servicios en áreas rurales y que prestan servicios a poblaciones pobres e indígenas deben ser fomentadas por los gobiernos federales, estatales/provinciales y locales independientemente de los resultados del proceso de prestación de servicios, debido a su escasa presencia.
- La implementación de la red debe ser precedida por un estudio diagnóstico que señale la disponibilidad y falta de recursos de las instituciones y unidades a involucrar y el modelo de gestión a través del cual se plantea operar.
- La calidad de la atención en redes que sirven a poblaciones indígenas debe fomentarse a través de tres estrategias principales: a) garantizar la compensación de recursos entre las unidades de la red, b) fortalecer el entrenamiento del personal sobre bases

técnicas, éticas e interculturales, c) evitar los desplazamientos innecesarios de la población desde sus localidades a las unidades de salud y/o a laboratorios ajenos al servicio público.

- Fomentar la participación de actores no gubernamentales tales como las organizaciones de la sociedad civil, juntas u organizaciones comunitarias, asociaciones profesionales, entre otras, a fin de romper con el circuito burocrático y de bajo nivel de compromiso con los usuarios que suele caracterizar a las instituciones públicas.
- Diseñar e implementar modelos de promoción de la salud que, por un lado, inviten a la población a utilizar la red de servicios y, por otro lado, garanticen el respeto a sus preferencias y costumbres.

Reflexiones generales.

1. Ampliar el acceso y mejorar la calidad de la atención materna a poblaciones indígenas u originarias no requiere solamente de ajustes, cambios o innovaciones organizacionales en la estructura de los servicios de salud, ya que es fundamental considerar el contexto de exclusión social y cultural que muchas de estas poblaciones han experimentado históricamente.
2. La organización de redes de servicios de atención a la salud materna no sigue un patrón general en los países, pues, de hecho, cada red se estructura y opera de manera particular para adaptar sus recursos y conformación a las condiciones del ambiente geográfico de las poblaciones a atender.
3. Las redes estudiadas variaron en su composición institucional: en Perú la normatividad depende del Ministerio de Salud, pero su administración corresponde al gobierno regional a través de su Dirección Regional de Salud. En Argentina, por ejemplo, las unidades involucradas formaban parte del Ministerio de Salud; en Oaxaca, por su parte, se encontraban involucradas la Secretaría de Salud estatal y el régimen subsidiado del Instituto Mexicano del Seguro Social, mientras que en Chiapas, la Secretaría de Salud estatal y una organización de la sociedad civil con presencia internacional.
4. En Perú, Argentina y Oaxaca, la gestión de los procesos de atención guarda el estilo de las instituciones públicas, caracterizado por escasez crónica de recursos, lentitud en la respuesta a la población y baja sensibilidad a las necesidades poblacionales en general y, particularmente, de los grupos indígenas u originarios. En Chiapas la intervención de la OSC internacional modifica la dinámica de las organizaciones públicas, lo que genera innovaciones en el proceso

de prestación y aumenta la capacitación del personal es aspectos específicos de las poblaciones atendidas; inclusive dota de medicamentos a las unidades de salud.

5. La calidad de la atención es un aspecto difícil de evaluar por ser un constructo multidimensional y por representar, para las poblaciones indígenas u originarias, un atributo de la prestación que les es extraño tanto en su dimensión material (de disponibilidad de recursos) como del trato que reciben por parte del personal de salud en diferentes niveles.
6. Las redes promueven la calidad, ante todo, con mejoras en el acceso de las usuarias a las unidades de atención, al implementar mecanismos de derivación apropiados y dotar a las unidades de medicamentos y equipo básico para la atención. Sin embargo, en Perú el acceso mismo resultó ser un problema sin respuesta adecuada, en Argentina la red es capaz ofrecer acceso y atención, y en Oaxaca y Chiapas, la geografía de la región representa un obstáculo sumamente complejo de resolver.
7. Una de las consecuencias de los problemas de acceso son los gastos directos en la que las mujeres y sus familiares tienen que incurrir para poder trasladarse desde sus comunidades hasta las unidades de salud.
8. Estas dificultades de acceso llevan a muchas mujeres a decidir tener el parto en sus propias comunidades, atendidas por familiares o parteras tradicionales. En algunos casos ante esta decisión, el servicio de salud no muestra capacidad para apoyar estos procesos.
9. Los problemas más agudos se presentan en el trato a las mujeres y la ejecución de acciones técnicamente inapropiadas. Los retrasos en la atención permiten a los médicos justificar la ejecución de operaciones cesáreas de emergencia, como es el caso de Oaxaca, donde más del 50% de las mujeres entrevistadas tuvieron un parto de este tipo.
10. Por otra parte, el personal de salud no es lo suficientemente sensible a las necesidades de las poblaciones en su contexto cultural y en gran medida no cuenta con el entrenamiento adecuado tanto en sus capacidades técnicas como sociales para lidiar con propiedad con las demandas de las poblaciones que atienden.

Conclusión general de estudio

La atención mediante redes es una estrategia importante para reducir la mortalidad materna y mejorar los procesos de atención obstétrica, pero también se necesita hacer ajustes en los diferentes niveles de provisión del servicio. Las dificultades se encuentran tanto en los niveles organizativos del primer nivel de atención como en el sistema de referencias que no asegura el acceso al segundo nivel de atención, debido a que la capacidad de respuesta de los hospitales está vinculada a la disponibilidad de insumos, de infraestructura y de recursos humanos, que requieren una mayor sensibilidad a las necesidades específicas de las mujeres indígenas, a las que generalmente se les imponen criterios clínicos de atención sin considerar criterios de sensibilidad cultural. Los hallazgos del estudio trascienden el análisis del modelo RISS. Para disminuir las barreras en el acceso es necesario mejorar tanto la infraestructura de las instituciones prestadoras de servicios obstétricos como los procesos de atención. Adicionalmente, se debe ampliar la visión del modelo y considerar la perspectiva de los derechos humanos y de la equidad en salud.

Declaración de responsabilidad

Las opiniones vertidas en este documento son de exclusiva responsabilidad de los autores y no de las instituciones a quienes representan.

Referencias

Introducción

1. Banco Mundial. Latinoamérica Indígena en el Siglo XXI. Washington, DC. Banco Mundial. Licencia: Creative Commons de Reconocimiento CC BY 3.0 IGO. 2015.
2. Organización Panamericana de la Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Washington, DC: OPS, 2010.

Argentina

1. Cevallos, R. y Amores, R. (2009). "Prestación de Servicios de Salud en zonas con pueblos Indígenas. Recomendaciones para el Desarrollo de un Sistema de Licenciamiento y Acreditación de Servicios Interculturales de Salud en el marco de la Renovación de la Atención Primaria de la Salud". Área de Tecnología, Atención de la Salud e Investigación Programa Regional Salud de los Pueblos Indígenas. Organización Panamericana de Salud. Washington DC.
2. Donabedian, A. (1988). The quality of care: how can it be assessed? *Jama*, 260(12), 1743-1748.
3. Donabedian, A. (2005). Evaluating the quality of medical care. *Milbank Quarterly*, 83(4), 691-729.
4. Maceira, D. (2010). "Cómo fortalecer las redes de servicios de Salud", Políticas Públicas, Recomendación N.° 81, CIPPEC, www.cippec.org, Argentina, 12 pp.
5. Maceira, D., Melamud, A. y Palacios, A. (2014). "Capacidad Resolutiva y Desempeño de Redes Hospitalarias en Líneas de Cuidado Prevalentes. El Caso del Hospital Posadas y su Área de Influencia en la Zona Oeste de la Provincia de Buenos Aires". Documento de Trabajo CEDES N.° 127. En https://www.danielmaceira.com.ar/wp-content/uploads/2018/06/Doc_t127-Capacidad-Resolutiva-y-Desempen%CC%83o-de-Redes-Hospitalarias-en-Li%CC%81neas-de-Cuidado-Prevalentes.pdf

6. Maceira, D. y Palacios, A. (2012). “Estructura, Gestión y Desempeño de Cabeceras de Red Hospitalarias Perinatales. Dos estudios de caso en la Provincia de Buenos Aires”. Documento de Trabajo CEDES.
7. Maceira, D., Palacios, A. y Urrutia, M. (2013). Desempeño de cabeceras de redes perinatales en la Provincia de Salta. Documento de Trabajo CEDES N.° 120. En http://www.danielmaceira.com.ar/wp-content/uploads/2014/09/2014_120.pdf
8. Ministerio de Salud Argentina, Plan Nacer http://www.plannacer.msal.gov.ar
9. Organización Panamericana de la Salud (2006). “Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas. Evaluación de los logros en Salud en el Marco del Decenio de los Pueblos Indígenas del Mundo”. Washington DC.
10. Palmer, R. H. y Reilly, M. C. (1979). Individual and institutional variables which may serve as indicators of quality of medical care. *Medical Care*, 693-717.
11. Torres Aliaga, T. y Torres Secchi A. (2010). Poder, Accesibilidad y Diferencias Culturales en Salud. *Iruya*, 1978-2008. Mimeo.
12. 12. UNICEF (2012). “Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF) con enfoque Intercultural. Conceptualización e implementación del modelo”. Junio de 2012. Disponible en: http://www.codajic.org/sites/ www.codajic.org/files/Maternidad%20segura%20y%20centrada%20en%20la%20Familia%20UNICEF.pdf
13. World Bank (2005) “Global Monitoring Report 2005, Millennium Development Goals: From Consensus to Momentum” Washington DC.

México

1. Londoño, J. L. y Frenk, J. (1997). Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina. Washington DC-USA: Interamerican Development Bank-Working Papers, 353.
2. Leyva-Flores, R., Infante-Xibille, C., Gutiérrez-Reyes, J. P., Quintino-Pérez, F. Inequidad persistente en salud y acceso a los servicios para los pueblos indígenas de México, 2006-2012. *Salud Pública Mex*, 55(S2): S123-S128.
3. Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI) (2010). La mortalidad materna indígena y su prevención. México DF: CDI/Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
4. Serván-Mori, E., Ávila-Burgos, L., Nigenda, G., Lozano, R. A. (2016). Performance Analysis of Public Expenditure on Maternal Health in Mexico; doi:10.1371/journal.pone.0152635.
5. Secretaría de Salud (2012). Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica, un

camino hacia la universalización de los servicios de salud. CDMX: SSA.
6. Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI) (2010). La mortalidad materna indígena y su prevención. México DF: CDI/Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.
7. Leyva-Flore, R., Infante-Xibille, C., Gutiérrez-Reyes, J. P., Quintino-Pérez, F. (2013). Inequidad persistente en salud y acceso a los servicios para los pueblos indígenas de México, 2006-2012. *Salud Pública de México,* 55(S2): S123-S128.
8. Freyermuth, G. y Sesia, P. (2009). La muerte materna, acciones y estrategias hacia una maternidad segura. Ciudad de México, México: CIESAS-CPMSR.
9. Secretaría de Salud (2012). Convenio General de Colaboración Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica, un camino hacia la universalización de los servicios de salud. CDMX: SSA.
10. Gobierno del Estado de Chiapas (2014). Chiapas Nos Une. Capítulo XXIII.
11. https://companerosensalud.mx/. Consultado el 21 de mayo de 2019.
12. Montaño, M., Nigenda, G., Molina, D., Flores, H. y Macías, V. (abril de 2019). Análisis de la calidad de atención perinatal por licenciados en enfermería y obstetricia en Chiapas. Presentación en el 19º Congreso Nacional de Salud Pública. Cuernavaca.

Perú

1. Sánchez, D. Accesibilidad a los servicios de salud: debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, vol. 55, núm.1, [citado el 1 de abril de 2019]. En http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/article/view/1135/1754 [pdf]
2. Donabedian, A. Los siete pilares de la calidad. *Revista de Calidad Asistencial*. Suplemento N.° 1, 2001, 16(96).
3. Donabedian, A. (1984). La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación. *La Prensa Médica Mexicana*, 28.
4. Illich, I. (1975). Némesis Médica. La expropiación de la salud, Ed. Barral, pág. 117.
5. Böhme, G. y Böhme, H. (1998). Fuego, agua, tierra, aire. Una historia cultural de los elementos. Traducido del alemán por Madrigal P. Herder Editorial.
6. Donabedian, A. (1998). Los espacios de la salud: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica. México, Instituto Nacional de Salud Pública: Fondo de Cultura Económica, p. 772.
7. Frenk, J. (1985). El concepto y la medición de accesibilidad. *Salud Pública de México* 27(5), 438-453.

8. Burke, R. (2007). Hacia una definición de investigación de métodos mixtos. *Revista de investigación de métodos mixtos*, 1, 112-133.
9. Hernández, R. *et al.* (2016). Metodología de la investigación. México.
10. Schettini, P. y Cortazzo, I. (2015). Análisis de datos cualitativos en la investigación social: Procedimientos y herramientas para la interpretación de información cualitativa. Buenos Aires.
11. Gonzales, A. (1990). Etnografía y comparación. La investigación intercultural en antropología. Barcelona.
12. Wetherrell, M. y Portter, J. (1996). El análisis de los discursos y la identificación de los repertorios interpretativos, 1990. Traducido por Gonzales.
13. INEI. (2017). III Censo de Comunidades Nativas.
14. INEI XII. (2017). Censo Nacional de Población y Vivienda.
15. MINSA. (2010). Documento Técnico: Gestión local para la implementación y el funcionamiento de la Casa Materna.
16. MINSA. (2012). Directiva Sanitaria para la evaluación de las funciones obstétricas y neonatales en los establecimientos de salud.
17. Observatorio de Recursos Humanos en Salud. Base de datos INFORHUS. [citado el 5 de abril de 2019]. En http://digep.minsa.gob.pe/bdatos.html.
18. OPS (2010). Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas N.° 4.
19. Vilaza, E. (2013). Las Redes de Atención de Salud. OPS, CONASS.
20. DIRESA Junín. (2018). Prestaciones de la cartera de servicios de salud.
21. Municipalidad distrital de Río Tambo. (2015-2018). Plan de Desarrollo Institucional.
22. MINSA. (2005). Norma Técnica para la atención del parto vertical con adecuación intercultural.
23. MINSA. (2017). Norma Técnica de Salud para la atención del parto vertical en el marco de los derechos humanos con pertinencia intercultural.
24. 24. MINSA. (2007). Estándares de calidad de la atención materna y perinatal en los establecimientos que cumplen con funciones obstétricas y neonatales.

La atención efectiva a la salud reproductiva de las poblaciones nativas, originarias o indígenas de la región de América Latina continúa siendo un reto para los sistemas nacionales de salud. Considerando que estructuralmente estas poblaciones viven en condiciones distintas al resto de los grupos sociales, prácticamente en todos los países, están marcadas por la pobreza material y alimentaria, la migración masiva y la ampliación de la brecha tecnológica. Estas condiciones son determinantes de la atención de la cual es responsable el sistema público de salud, con frecuencia carente de recursos y capacidades para hacer frente a tan delicada tarea. Más allá de los determinantes estructurales, la organización de los servicios de salud en la región ha experimentado innovaciones operacionales buscando generar mejoras en la eficiencia y la calidad de la atención en un contexto de escasez de recursos, una de estas innovaciones han sido las redes interinstitucionales de servicios de salud (RISS). Considerando la existencia de las RISS en servicios de primer y segundo nivel de atención en sistemas locales de salud, el estudio buscó identificar las bondades de estas innovaciones en su capacidad de generar mejoras en la calidad de los servicios en Argentina, México y Perú dirigidos a poblaciones originarias. Los resultados dejan al descubierto el largo camino que nos queda por recorrer para comprender y atender las necesidades reproductivas de las mujeres indígenas.

IDRC | CRDI

UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MORELOS

CEDES

INSP